

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

31

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juin 1906, à 1 heure

PAR

Ernest BÉHUREL

De la Faculté de Médecine de Paris

LES FISTULES BILIAIRES

ET LEUR TRAITEMENT

Par l'Entérostomie Biliaire

Président : M. TERRIER, professeur

Juges { *MM. SEGOND, professeur*
MAUCLAIRE, agrégé
GOSSET, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

—
1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. DEBOVE.
	Professeurs	MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		BROUARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	}	TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANCON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

Les Fistules Biliaires et leur Traitement

PAR

L'ENTÉROSTOMIE BILIAIRE

INTRODUCTION

La chirurgie biliaire a elle aussi largement profité des bienfaits de l'anesthésie et de l'antisepsie. En supprimant la douleur, l'anesthésie calmait les appréhensions du malade et le portait à demander à la chirurgie des traitements plus radicaux, plus proportionnés à la cause de son affection, que la médecine était incapable de lui procurer.

La découverte de Pasteur et les applications de Lister devaient faire mieux encore. Sous la tutelle de l'antisepsie tous les organes du corps humain s'offrent l'un après l'autre au bistouri du chirurgien. De timide qu'elle était, la chirurgie biliaire devint ainsi de plus en plus audacieuse, téméraire même,

dirent quelques-uns. Ce n'est que peu à peu qu'elle apparut comme une plus juste conception des choses et qu'elle conquit enfin droit de cité.

Autrefois, et pendant longtemps, les chirurgiens n'osaient ouvrir la vésicule biliaire que lorsqu'elle adhérait par suite d'inflammation à la paroi abdominale. Tout se bornait alors à une simple ouverture d'abcès. La crainte de léser le péritoine, ce *noli me tangere* des anciens, arrêtait toutes les initiatives. Aujourd'hui au contraire ce sont les réactions de la grande séreuse péritonéale qui arment le bras du chirurgien. Dans certaines affections où l'expectation est observée, la péritonite, vient-elle à se déclarer, lève toutes les hésitations et de l'avis général une laparotomie doit être faite contre les infections péritonéales. Toutes les séreuses dont la blessure semblait autrefois si malencontreuse et si grave, séreuses articulaires et synoviales, méninges, plèvre étaient tour à tour l'objet de tentatives opératoires. De parti pris tous les organes étaient divisés ou enlevés par les chirurgiens.

En même temps la technique opératoire faisait d'immenses progrès. Avec le temps toutes ces interventions, quoique toujours délicates, devenaient plus faciles et moins dangereuses à mesure qu'elles étaient mieux réglées et mieux connues dans leurs détails. Mais à leur origine ces belles interventions n'étaient que des essais où le génie du chirurgien l'inspirait autant que sa science pure. Les chirurgiens de cette époque s'appelaient Spencer Wells, Lawson Tait,

Bilroth, Péan, etc., c'est à eux que revient le mérite d'avoir facilité la tâche de leurs successeurs ; s'ils n'ont pas créé la chirurgie ils l'ont tout au moins renouvelée.

En 1887, au Congrès des médecins et naturalistes allemands, Wolkmann terminait une longue discussion sur les premiers essais de la chirurgie biliaire en disant : « Je propose que nous reprenions cette discussion dans une dizaine d'années. » Nous sommes en 1906. Wolkmann est mort et les travaux sur la chirurgie biliaire se sont succédés et multipliés. Le siège de tous les médecins est fait et la plupart des affections qui atteignent le tractus biliaire dans toute son étendue depuis l'humble canalicule intralobulaire jusqu'au vaste réservoir constitué à la bile sur la face inférieure du foie, relèvent de l'intervention chirurgicale. Tous les chirurgiens de tous les pays ont montré que l'horizon chirurgical s'était éclairé de ce côté, que nous savions voir plus loin, que notre initiative était libre d'entraves. La chirurgie biliaire a grandi lentement au milieu de l'hostilité de la plupart des médecins. Ferrand écrivait encore en 1896 : « Jusqu'ici l'intervention chirurgicale est une médication d'exception et il ne faut y recourir que lorsqu'on a épuisé tous les moyens médicaux », terrible formule qui aboutit à la douloureuse alternative : l'opération ou la mort et trop souvent hélas ! l'opération et la mort.

Il existe aujourd'hui une chirurgie biliaire et une chirurgie biliaire qui méprise les timidités surannées

et les témérités fatales. Les interventions portant sur les voies biliaires sont soumises à des indications précises et à des contre-indications formelles. La religion des chirurgiens est éclairée à cet égard. Tour à tour naissaient la cholécystostomie, la cholécystectomie, l'entérostomie biliaire. Ces opérations se sentirent d'abord des hésitations premières ; elles ne donnaient pas de suite créance, aux espérances de leurs protagonistes : Marion Sims, Wolfler, Langerbuch, Nussbaum, Winiwater, etc. A côté des succès éclatants, il y avait des désastres chirurgicaux qui calmaient les plus audacieux. Il fallait arriver à des périodes plus rapprochées de la nôtre pour voir les bienfaits de la chirurgie biliaire s'affirmer à l'esprit de tous. En France, les études et les travaux du professeur Terrier ne contribuèrent pas peu à acclimater chez nous cette chirurgie née et développée à l'étranger, en Allemagne surtout.

Mais cette chirurgie des voies biliaires ne s'adressait d'abord qu'aux cas qui mettaient la vie des malades en danger : dès lors l'opération n'était que l'ultime ressource apportée à la maladie par la médecine. Quand les statistiques furent améliorées, la chirurgie ne devait plus attendre l'installation des accidents graves pour intervenir. Il se passait dans cette branche de la chirurgie ce qui se passa dans l'évolution du traitement des hernies. L'indication opératoire dans les hernies ne résidait que dans l'apparition des accidents graves et fatalement mortels, de l'étranglement herniaire. Maintenant la présence

seule de la hernie apporte en elle-même l'indication opératoire. En clinique biliaire, on devait s'adresser aussi à des maladies qui ne mettaient pas en jeu la vie des patients et qui ne portaient avec elles que des chances problématiques de mort.

Il eût été bien imprudent il y a quelques années de parler d'un traitement chirurgical des fistules biliaires. C'eût semblé une audace téméraire de diriger une intervention contre l'infirmité que constitue la fistule biliaire, dégoûtante il est vrai, mais le plus souvent inoffensive. Chacun a vu vivre jusqu'à un âge très avancé des malades atteints de fistules biliaires : on les voit porteurs d'un pénible appareil construit par l'orthopédie pour recueillir la bile excrétée par la fistule et qui, le plus souvent, ne remplit qu'imparfaitement son but. Il fallait attendre des jours meilleurs de la chirurgie. Les jours meilleurs sont venus : aujourd'hui le traitement chirurgical ne comporte pas en lui-même plus de chances de mort que la conservation de la fistule elle-même. Seul le traitement chirurgical est adéquat au mal, seul il peut tarir la fistule biliaire constituée.

Ce traitement chirurgical n'est pas un : toutes les fistules biliaires ne présentent point les mêmes indications. Un grand nombre se trouvent bien de l'anastomose des voies biliaires dans un segment du tube digestif. L'entérostomie biliaire, si elle ne supprime pas la cause de la persistance de la fistule, fait recouvrer à l'organisme la fonction qu'il avait perdue du fait de la déperdition continuelle de la bile. En réta-

blissant le cours de la bile dans le tube digestif, elle fait cesser les accidents inhérents à la fistule elle-même. Elle apparaît ainsi comme le traitement idéal dans un certain nombre de cas.

L'étude du traitement de la fistule biliaire doit être précédée de l'étude des phénomènes qui président à sa formation et des caractères qu'elle présente. Nous analyserons aussi les symptômes par lesquels elle se manifeste à nous et les accidents et complications qui peuvent survenir dans son évolution. Seuls une pathogénie bien élucidée, un diagnostic certain et précis permettent d'employer une thérapeutique bonne et saine. Une connaissance approfondie de l'anatomie doit toujours seconder le chirurgien : quelques notions d'anatomie sur les voies biliaires précéderont donc ces quelques considérations sur le traitement des fistules biliaires par l'entérostomie biliaire.

Anatomie des voies biliaires

Les conduits biliaires sont, comme leur nom l'indique, les canaux vecteurs de la bile. Ils prennent leur origine sur le lobule hépatique, cheminent dans l'épaisseur de la glande puis en dehors d'elle et se terminent par un conduit unique dans la deuxième portion du duodénum. On les divise, suivant qu'on les considère dans leur trajet intraglandulaire ou extraglandulaire, en conduits ou voies biliaires intra-hépatiques et en conduits ou voies biliaires extra-hépatiques.

Les conduits biliaires intra-hépatiques sont représentés par les canalicules biliaires et par les conduits interlobulaires. Les canalicules biliaires naissent entre les cellules hépatiques. De là, ils se portent en sens radiaire vers la périphérie du lobule où ils se terminent dans les conduits biliaires interlobulaires. Les conduits interlobulaires à leur tour se dirigent vers le hile du foie en se réunissant les uns aux autres à la manière des veines et en donnant naissance à des conduits de plus en plus volumineux. Au niveau du hile, il n'existe plus que trois ou même que deux canaux biliaires qui se fusionnent ensem-

ble pour constituer un canal collecteur unique, le canal hépatique.

Les canaux biliaires cheminent à l'intérieur de la glande hépatique dans un prolongement tubuleux de la capsule de Glisson, en compagnie de la veine porte, de l'artère hépatique et des nerfs qui viennent du pneumogastrique. Ces différents organes remplissent l'espace de Kiernan. La branche de division de la veine porte l'emporte toujours comme étendue sur le conduit biliaire et le rameau de l'artère hépatique. C'est la nature de leurs parois qui permet de différencier l'un de l'autre les deux derniers conduits.

Les conduits biliaires intra-hépatiques se composent essentiellement d'une mince paroi propre conjonctive revêtue intérieurement par une seule rangée de cellules épithéliales. La paroi propre est constituée par des faisceaux de tissu conjonctif, réunis les uns aux autres par un réseau de fibres élastiques grêles, dirigées pour la plupart dans le sens du conduit. Sur les conduits plus volumineux, il existe un certain nombre de fibres musculaires lisses. L'épithélium est représenté par des cellules pyramidales dont la base répond à la paroi propre, le sommet à la lumière du conduit. La lumière biliaire est régulière et limitée par un mince plateau non strié comme celui des cellules profondes des glandes de Lieberkuhn de l'intestin grêle du chien (Renaut). Le protoplasma cellulaire est granuleux, le noyau est arrondi.

Les voies biliaires extra-hépatiques présentent une

plus grande importance chirurgicale. Dans leur ensemble elles sont constituées par un canal collecteur et par un canal diverticulaire. Le canal collecteur formé par la réunion du canal hépatique et du canal cholédoque peut encore être appelé canal hépatocolédoque. Le canal diverticulaire est formé par la vésicule biliaire et le canal cystique. La vésicule et le canal cystique peuvent fort bien et sans inconvénient faire défaut chez l'homme (Latham, 1898). Certains animaux ne possèdent point d'appareil biliaire diverticulaire. Au reste la cholécystectomie ne détermine aucun trouble appréciable et les affections des voies biliaires, lorsqu'elles sont limitées au cholécyste, ne déterminent que peu d'accidents. On sait la longue évolution des cholécystites même suppurées. Que de fois, au cours de laparotomie faite pour rétention biliaire aiguë, on trouve des vésicules biliaires rétractées aux parois épaisses, entourées de fausses membranes péritonéales, bourrées de calculs. Il ne s'agit pourtant pas là d'altérations récentes ; le phénomène aigu n'est apparu qu'à titre d'épiphénomène. Le travail pathologique de la vésicule biliaire date de très longtemps et c'est insidieusement, sans douleur aucune, que s'est installée la lésion. Les altérations portant sur le cholédoque retentissent bien autrement sur l'organisme ; l'oblitération de ce canal amène la mort à plus ou moins brève échéance.

La vésicule biliaire a la forme d'une poire, dont la grosse extrémité au fond est dirigée en bas et en

avant, dont l'extrémité effilée au col se continue en arrière avec le canal cystique. Entre le col et le canal cystique se trouve un renflement ou dilatation à laquelle Broca a donné le nom de bassinnet de la vésicule. A ce renflement situé sur le côté droit correspond sur le côté gauche un angle rentrant où se trouve logé un ganglion lymphatique constant, le ganglion cystique. Fréquemment ce ganglion cystique est atteint : il est altéré et hypertrophié au cours de la plupart des affections néoplasiques de l'étage abdominal supérieur (estomac, pancréas, voies biliaires) ; de là la fréquence de l'oblitération de la vésicule dans ces diverses maladies ; c'est le ganglion cystique qui par son hypertrophie a accolé les parois du bassinnet.

Le ganglion cystique peut donner lieu à des erreurs : il a été pris pour un calcul ; la réciproque aussi a été observée. Dans le sens antéropostérieur la vésicule biliaire mesure 9 à 11 centimètres, dans le sens transversal 35 à 40 millimètres. Sa capacité physiologique est de 50 à 60 centimètres cubes. Elle peut diminuer et être réduite à presque rien dans les cours de la lithiase biliaire. La vésicule biliaire, vu l'extensibilité de ses parois, peut être au contraire dilatée et renfermer plusieurs litres de liquide (Cruveilhier). Cette dilatation serait même la règle au cours d'obstruction cancéreuse du canal cholédoque, tandis que la rétraction et l'atrophie de la vésicule se verrait surtout dans les cas d'obstruction calculeuses (signe de Courvoisier-Terrier). Pierre

Delbet s'est fait le défenseur d'une autre théorie, pour expliquer le degré de dilatation ou de rétraction de la vésicule biliaire ; il attribue les variations de volume du cholécyste non à la nature de l'obstacle mais à son siège, selon qu'il se trouve sur le canal cholédoque ou le canal double hépato-cystique (Société de Chirurgie, décembre 1905).

Le canal cystique qui fait suite à la vésicule est le plus souvent flexueux, alternativement bombé et rétréci. La longueur varie de 33 à 45 millimètres. Le diamètre est un peu plus grand du côté de son embouchure dans le cholédoque que du côté de son extrémité vésiculaire. La portion la plus étroite répond à la portion moyenne : c'est là que les calculs s'arrêtent de préférence (Hyrtil). La lumière du cystique n'est pas régulière ; sa paroi interne au lieu d'être lisse et unie présente au contraire une série de saillies ou valvules qui répondent aux parties étroites que l'on voit à l'extérieur et interceptent entre elles des parties plus larges et plus renflées. Les valvules (Heister, 1732) sont malheureusement très variables : à côté de canaux qui ne présentent aucune valvule nettement caractérisée, il y en a d'autres qui en sont comme hérissés d'une extrémité à l'autre. Il n'y a en tout cas pas de valvule unique qui formerait une vaste spirale du cholédoque à la vésicule : il y a des valvules multiples. L'implantation de valvules est irrégulière. La présence de ces valvules a une grande importance en chirurgie ; c'est le principal écueil au cathétérisme des voies biliaires : nous aurons l'occasion d'y revenir au cours de ce travail.

Le canal hépato-cholédoque est un conduit cylindroïde d'une longueur totale de 9 centimètres : 3 centimètres pour l'hépatique et 6 centimètres pour le cholédoque. Ces derniers chiffres sont éminemment variables : ils sont sous la dépendance de l'abouchement du canal cystique et de la fusion plus ou moins rapprochée des canaux biliaires intra-hépatiques. Les recherches de Wiart et de Pierre Delbet ont montré que le canal cystique bien qu'indépendant était accolé au cholédoque sur une certaine partie de son trajet, la longueur réelle du canal cholédoque se trouvait par suite de cette disposition diminuée d'autant.

Le canal hépatique et le canal cholédoque ont à peu de chose près le même diamètre (4 à 5 millimètres). Le cholédoque n'est toutefois pas régulièrement cylindrique : son calibre diminue peu à peu et progressivement à mesure qu'on s'avance vers le duodénum : il a donc une disposition infundibuliforme. Il se laisse facilement dilater : la lumière du cholédoque, lentement agrandie, comme le fait se produit fréquemment au cours de la lithiase biliaire, admet des calculs biliaires volumineux, gros comme un œuf de pigeon, comme un œuf de poule même. Ce sont ces dilatations qui permettent l'abouchement du cholédoque à la paroi abdominale ou dans l'intestin.

Les voies biliaires extra-hépatiques sont situées sous la face inférieure du foie. Elles occupent l'espace sous-hépatique limité d'une part par la face inférieure de la glande hépatique, par le mésocôlon et le côlon

transverse d'autre part. Cet espace communique en avant avec la grande cavité péritonéale, en dehors avec la fosse iliaque droite par le sinus pariéto-colique droit, en dedans et en arrière avec l'arrière cavité des épiploons par l'hiatus de Winslow. C'est là que se forment les péritonites enkystées consécutives à une lésion des voies biliaires : c'est véritablement là la région des voies biliaires. Sur la paroi abdominale elle peut être délimitée ; en haut, par un plan horizontal passant par l'extrémité antérieure des cartilages des neuvièmes côtes ; en bas, par un plan horizontal passant par le disque intervertébral qui unit la troisième et la quatrième vertèbres lombaires (embouchure du cholédoque d'après Quénu) ; en dehors par un plan sagittal tangent au bord externe du muscle grand droit ; en dedans par le plan sagittal médian (Testut et Jacob). Les rapports des voies biliaires avec les organes profonds se font avec les organes du hile, du foie, artère hépatique et veine porte, situées sur un plan postérieur au canal cholédoque, avec le duodénum qu'il est parfois nécessaire d'inciser pour arriver sur des calculs arrêtés dans le cholédoque avec le pancréas dont les altérations peuvent retentir sur les voies biliaires (rétention biliaire par cancer de la tête du pancréas ou pancréatite chronique. Mayo Robson).

Bien que dérivant directement de l'intestin, les voies biliaires ne rappellent pas par leur constitution leur origine première : nous ne retrouverons pas en effet dans ces conduits les tuniques si haute-

ment différenciées du tube digestif et c'est à peine si nous pouvons leur distinguer une tunique muqueuse et une tunique fibreuse (A. Soulié).

L'épithélium du canal hépatique est simple : il résulte de la juxtaposition des cellules presmatiques ou cylindriques, à corps granuleux, à plateau strié, à noyau dirigé dans le sens de l'élément cellulaire. La limite entre l'épithélium et le derme de la muqueuse est indiquée par une très mince bordure de substance amorphe, qu'on appelle membrane basale. La tunique fibreuse est essentiellement formée par des lames conjonctives. Les fibres élastiques y sont assez clairsemées. Il existe en outre quelques faisceaux de fibres musculaires lisses ; ces faisceaux n'arrivent pas d'ordinaire à former autour de l'hépatique une couche continue.

L'épithélium de la vésicule biliaire se rapproche beaucoup de l'épithélium du canal hépatique, comme lui il est constitué par une seule assise de cellules cylindriques, revêtues d'un plateau (bien que Steiner l'ait nié). Les cellules épithéliales renferment des granulations graisseuses (Wirchow, Ranvier) : il semblerait qu'il s'agisse là d'un processus d'élimination, les parois de la vésicule biliaire éliminant de la cholestérine. Les parois de la vésicule biliaire possèdent des glandes (Vicq d'Azyr). La tunique fibreuse est nettement fibro-musculeuse ; elle possède des fibres musculaires lisses disposées sur plusieurs plans et entremêlées de fibres conjonctives et élastiques. De plus, la vésicule biliaire possède une

paroi spéciale qu'on ne connaît pas sous le reste de l'arbre biliaire : elle a une enveloppe séreuse. Elle est formée par le feuillet viscéral du péritoine qui tapisse la surface libre du cholécyste dont la tunique fibro-musculaire adhère partout ailleurs au parenchyme hépatique par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire assez épais.

Sur le canal cystique nous retrouvons la continuation de l'épithélium de la vésicule. La tunique externe est composée de lames conjonctives entre lesquelles se voient quelques éléments élastiques et des faisceaux musculaires. Les fibres musculuses sont infiniment plus rares que dans la vésicule biliaire.

La structure du canal cholédoque varie sensiblement selon que l'on examine sa portion supérieure et sa partie inférieure, surtout celle qui avoisine l'ampoule de Vater. Dans la partie supérieure, nous retrouvons les caractères histologiques des voies biliaires : épithélium cylindrique, reposant par l'intermédiaire d'une membrane basale sur une tunique externe, formé en grande partie de faisceaux conjonctifs auxquels viennent s'ajouter quelques éléments musculaires et quelques fibres élastiques.

A partir du tiers inférieur, la structure du canal cholédoque se modifie dans sa tunique fibro-musculaire et dans sa tunique muqueuse. Les fibres lisses deviennent plus nombreuses et on aperçoit nettement quelques faisceaux des fibres circulaires embrassant dans leur couche les fibres longitudinales : les

glandes de la muqueuse deviennent plus volumineuses; elles marquent la transition avec les glandes de l'intestin.

Définition et division des fistules biliaires

La définition complète et exacte de la fistule est bien difficile si on veut qu'elle s'applique à tous les cas. Nous admettons celle du *Traité de chirurgie clinique et opératoire* : les fistules sont des orifices anormaux de la peau ou des muqueuses, auxquels fait suite un trajet tantôt terminé en cul-de-sac, tantôt s'ouvrant dans une cavité naturelle ou accidentelle (G. Lyot., t. I, p. 304-305). On peut ramener toutes les fistules à trois ordres : « Il y a des fistules qui sont produites par un travail de dégénérescence cellulaire, de nécrose moléculaire, analogue à celui qui se passe dans les ulcères ; les causes de ces fistules sont aussi variées que fréquentes : il faut y ranger la tuberculose, la syphilis, le cancer, les maladies constitutionnelles, les altérations nerveuses et vasculaires. D'autres fistules sont d'origine congénitale : elles sont dues à la persistance d'un état embryonnaire ou fœtal ou à une malformation datant des premières semaines de la vie intra-utérine : telles les fistules congénitales du cou, internes ou externes, formées aux dépens de l'appareil branchial, de la région coccygienne, etc. Enfin il est un autre groupe de fistules plus important parce qu'elles nécessitent des traitements spéciaux et qu'elles sont la source

d'accidents souvent sérieux, c'est le groupe des fistules qui mettent l'air extérieur en communication avec une cavité viscérale et sont entretenues par le passage incessant, partiel ou complet des sécrétions de ce viscère : ces fistules s'appellent fistules cavitaires.

C'est à ce dernier groupe qu'appartiennent les fistules biliaires. La fistule biliaire est constituée quand la bile, en tout ou en partie, est détournée de ses voies d'excrétion naturelles et qu'elle s'écoule par un trajet anormal. Les voies biliaires peuvent s'ouvrir dans tous les organes voisins. La bile peut apparaître dans une vomique : il s'agit le plus souvent d'une collection intra-hépatique qui a perforé le diaphragme, gagné le poumon à la suite d'un travail d'inflammation adhésive et ulcéralive et s'est ouverte enfin dans les bronches. A la faveur d'une solution de continuité, grande ou petite, large ou étroite, les canaux biliaires peuvent de cette façon déverser leur contenu dans le poumon : en l'espèce, le plus souvent la fistule biliaire n'intéresse que les minces canaux intra-hépatiques.

Moins rare est l'abouchement des voies biliaires dans l'intestin » : ce genre de fistules biliaires est même d'observation courante. D'énormes calculs peuvent, à cette faveur, passer des voies biliaires dans l'intestin capables même par leur volume d'amener une occlusion intestinale complète avec tous ses accidents et tous ses dangers.

Enfin la bile peut s'écouler à l'extérieur, créant ainsi la fistule cutanée.

Quand les voies biliaires entrent en communication avec l'intestin, les phénomènes qui trahissent ce passage anormal de la bile sont si peu marqués, qu'il est même parfois impossible de les soupçonner. Les exemples de fistules biliaires cutanées ne s'accompagnant d'aucun trouble digestif sont là pour nous montrer qu'*a fortiori* il importe peu à l'organisme que la bile soit déversée au niveau du duodénum ou au niveau du gros intestin. Les entérostomies biliaires portant sur le côlon transverse (Williet) ne déterminent aucun trouble appréciable. Aussi les fistules entéro-biliaires doivent-elles être complètement négligées : il faut même y voir une heureuse terminaison des effets de la nature pour venir à bout des calculs biliaires faisant obstacle au passage naturel de la bile. Quant aux fistules qui mettent en communication les voies biliaires et l'arbre aérien, elles sont d'abord excessivement rares : de plus elles n'intéressent d'ordinaire que les voies radiculaires de la bile : leur oblitération spontanée se trouve ainsi être la règle.

Les vraies fistules biliaires, ce sont celles qui amènent la bile à l'extérieur par un abouchement à la peau. Les symptômes objectifs auxquels elles donnent lieu, l'infirmité dégoûtante qu'elles infligent aux malheureux patients nous invitent à les étudier plus spécialement. Les indications opératoires beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus intéressantes qu'elles nécessitent retiendront davantage notre attention.

La bile est renfermée dans les canaux biliaires. Schématiquement on peut réduire l'arbre biliaire à un canal qui s'ouvre d'une part dans l'intestin grêle au niveau du duodénum et qui d'autre part entre en contact intime avec la cellule hépatique. Il y a pourtant loin de l'infime tractus biliaire sans paroi propre, se taillant difficilement sa place entre deux cellules voisines et le gros tronc biliaire, ferme, aux parois rigides, résistant à des pressions considérables venues de son intérieur ou de l'extérieur, qu'est le canal cholédoque. Il y a loin du petit canalicule biliaire que des artifices de coloration et des grossissements considérables laissent à peine entrevoir à la vésicule biliaire, logée à la partie antéro-inférieure du foie, sensible et appréciable souvent à la palpation à travers les parois abdominales. Mais tout cela n'est qu'un tout unique et continu ; entre le canalicule intralobulaire et le cholédoque, il n'y a que des analogies : tous deux font partie d'un même système physiologique, de cet arbre biliaire dont les racines s'enfoncent dans la glande hépatique avec les dernières ramifications de la capsule de Glisson et dont la tige s'avance à la rencontre de l'intestin.

C'est sur tout ce trajet biliaire aussi bien dans son passage à travers le foie que dans les canaux collecteurs, principaux ou accessoires, que la fistule biliaire peut être constituée. Sans doute, elle ne donnera pas la même gravité lorsqu'elle portera sur les microscopiques canaux intra-hépatiques que lorsqu'elle sié-

gera sur les gros troncs extra-hépatiques ; mais elle n'en sera pas moins constituée par le même symptôme capital : l'issue de la bile à l'extérieur. Les fistules biliaires peuvent être divisées en deux grands groupes :

1^o Celles qui intéressent les voies biliaires intra-hépatiques ou fistules ramusculaires ;

2^o Celles qui occupent les voies biliaires extra-hépatiques ou fistules tronculaires.

Les différences entre ces deux groupes des fistules ne consistant d'abord que dans la quantité plus ou moins grande de bile perdue et déversée à l'extérieur, s'accroissent lorsqu'il s'agit de leur opposer un traitement. Les premières ne sont d'ordinaire qu'une complication d'une affection traumatique ou inflammatoire du foie : leur thérapeutique se confond ainsi avec celle de l'affection causale. Les secondes, quelle qu'ait été la cause qui les ait produites, deviennent à proprement parler une entité morbide, à elles s'adresse un traitement chirurgical véritable. Ce sont ces fistules tronculaires que nous aurons en vue dans ce travail.

Pathogénie et causes de la persistance des fistules biliaires

L'issue de la bile à l'extérieur des barrières que l'anatomie lui a assignées et son apparition aux téguments arrivent dans un certain nombre de circonstances et dans des conditions données. Elles nécessitent dans tous les cas une solution de continuité des canaux qui renferment la bile. Cette division peut être spontanée ou traumatique.

Spontanée, elle succède à un travail d'ulcération inflammatoire. Parfois c'est une collection purulente née dans le foie, c'est un abcès du foie qui s'est ouvert à l'extérieur et dont les parois laissent suinter le liquide des canaux biliaires. Parfois c'est une angiocholite qui s'est ouverte à l'extérieur. Les voies biliaires enflammées, ulcérées, perforées se sont ouvertes ; leur contenu a gagné les tissus voisins et par extension du processus phlegmasique ulcéré la peau. Dans certains cas, le bistouri du chirurgien a mis la dernière main à la constitution de la fistule biliaire, en donnant issue au pus d'un abcès biliaire. On conçoit que ces fistules peuvent pourtant être dites spontanées : l'incision des téguments n'a fait que hâter la migration du pus et de la bile hors de leur réservoir.

La fistule biliaire *traumatique* résulte aussi de conditions particulières. Parfois c'est une plaie intéressant les voies biliaires qui crée la fistule : une plaie du foie en communication avec l'air extérieur peut laisser couler la bile : une plaie de la vésicule peut elle-même rester fistuleuse. Le plus souvent la fistule biliaire est due au chirurgien : à la suite d'une opération sur le foie se produit la fistule : la cholérragie n'est pas un des moindres écueils dans le traitement des kystes hydatiques du foie. Dans d'autres circonstances, la fistule biliaire est voulue : elle est créée, placée à l'endroit choisi d'avance, ce sont des notions de diagnostic favorables au traitement ultérieur. Le traitement des angiocholites et des rétentions biliaires amène à faire des interventions variées dont le but principal est l'écoulement de la bile infectée au dehors : le chirurgien en face d'une angiocholite suppurée se borne à inciser ce vaste abcès biliaire dont le pus est collecté seulement dans les voies biliaires principales et dont les mille ramifications se trouvent au loin à l'extrémité du tractus biliaire, en rapport avec la cellule hépatique elle-même. On peut faire alors soit l'ouverture de la vésicule biliaire à la peau (cholécystostomie de Marion Sims) ou bien le drainage des voies principales (Kehr, Terrier). Le plus souvent la fistule chirurgicale est temporaire : elle se ferme au bout d'un temps plus ou moins long, qui varie de quatre jours à six et neuf mois.

Les causes qui s'opposent à l'occlusion spontanée

de la fistule biliaire sont de deux sortes : elles tiennent à la bile elle-même ou bien aux canaux qui la renferment.

Nous savons que beaucoup de fistules biliaires se ferment seules : quelle est la cause principale de cet heureux tarissement ? La stérilité de la bile à qui elles livraient passage. C'est le professeur Terrier qui a attiré l'attention des médecins sur l'état bactériologique de la bile qui s'écoule des fistules biliaires. La cholécystostomie donne un écoulement de bile infectée. Si l'infection des voies biliaires n'est pas intense, si elle ne date pas de longtemps, ce drainage, bien qu'indirect puisqu'il porte sur les voies biliaires accessoires (vésicule et canal cystiques), réussit à lui seul à désinfecter l'arbre biliaire et il n'est pas rare de recueillir au bout d'un temps relativement court (huit, quinze jours) une bile complètement stérile : ce sont ces fistules qui s'oblitérent spontanément.

Au contraire, si la bile continue à charrier des germes pathogènes, en particulier le colibacille qui est remonté de l'intestin, son séjour habituel, l'infection amenée et entretenue dans les voies biliaires par ce passage incessant de microbes empêche tout travail d'inflammation franche et adhésive nécessaire à l'occlusion du trajet fistuleux. D'où le conseil formel donné par le professeur Terrier : *Ne jamais tenter la fermeture d'une fistule biliaire, tant que la bile est infectée.* Essayer une opération dans ces conditions, c'est courir au-devant des plus grands dangers. C'est

une loi de pathologie générale de ne point vouloir réunir les plaies infectées, les voies biliaires ne dérogent pas à cette loi : cette vésicule, ce cholédoque sont eux aussi des plaies infectées, lorsque l'angiocholite a altéré leurs parois, lorsque le chirurgien les a drainées. Et à l'appui de ce conseil le professeur Terrier apporte les observations malheureuses, (insuccès dans un cas, mort dans l'autre) de deux malades pour lesquels il s'était précisément départi de sa conduite opératoire habituelle. Chez une première malade, porteuse d'une fistule biliaire consécutive à une cholécystostomie dirigée contre une angiocholite généralisée, il y eut une nouvelle poussée d'angiocholite et reproduction de la fistule. Chez une seconde malade, il fit dans les mêmes conditions une entéro-anastomose biliaire : son opérée succomba rapidement à des accidents infectieux.

Si la bile excrétée est aseptique, la persistance de la fistule tient à d'autres causes et ces causes relèvent alors de l'état des canaux biliaires : c'est qu'il y a un obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin.

Les causes d'obstruction biliaire sont les mêmes qui s'opposent à la libre circulation dans les conduits naturels. On peut y voir comme à l'intestin (Maison-neuve) des causes extrinsèques, des causes intrinsèques, des causes cavitaires.

Les causes extrinsèques sont extérieures au canal biliaire lui-même : il s'agit là d'affections des organes voisins qui amènent l'accolement de parois du conduit.

Par ordre de fréquence, nous devons citer en premier lieu le cancer de la tête du pancréas. Les rapports de la tête du pancréas avec le canal cholédoque nous expliquent facilement comment une dégénérescence néoplasique de cet organe, en dehors de toute extension directe de la tumeur au canal biliaire, peut le comprimer et l'obstruer. La pancréatite chronique agit de la même façon. Dans d'autres circonstances, il s'agit d'adhérences inflammatoires voisines, de tumeurs ou de tuméfactions diverses (cancer de l'estomac, adénopathies cancéreuse ou tuberculeuse, kyste hydatique du foie, etc.).

L'oblitération du canal cholédoque est dû plus souvent à un calcul. C'est un calcul assez volumineux qui occupe toute la lumière du conduit biliaire et empêche l'arrivée de la bile dans l'intestin. Ces faits sont fréquents : dans ces cas d'oblitération calculeuse, la cholécystentérostomie a plus d'une contre-indication, la levée de l'obstacle amenant souvent la *restitutio ad integrum* et la disparition de la fistule cutanée.

Plus souvent qu'on ne le pense, l'accès du cholédoque est rendu impossible au passage de la bile à cause des altérations survenues aux parois du conduit lui-même ou par suite d'un vice de position du canal. Plus d'une fois au cours d'interventions chirurgicales portant sur les voies biliaires, on voit le canal cholédoque être le siège d'un travail inflammatoire si intense que toutes les parties constituentes (fibres conjonctives, fibres musculaires, muqueuse)

ne forment qu'un bloc fibreux où la lumière primitive fait complètement défaut ; pourtant on ne trouve pas de calcul biliaire ; il s'agit d'angiocholite non lithiasique. Dans d'autres circonstances, c'est le canal cholédoque qui est coudé sur lui-même : l'occlusion est causée par un angle saillant de la coudure (Fournier). Des adhérences ne tardent d'ailleurs pas à fixer le canal dans sa position défectueuse : à une cause intrinsèque se joint une cause extrinsèque.

Cette pathogénie des fistules biliaires éclaire singulièrement les indications thérapeutiques de la fistule biliaire.

Bile infectée : pas d'intervention. Bile stérile mais obstacle sur le cholédoque : cholédocotomie ou entérostomie biliaire.

Symptomatologie et diagnostic des fistules biliaires

On ne saurait se tromper sur l'existence ou la non-existence d'une fistule biliaire. Il y a fistule biliaire quand la bile s'écoule à l'extérieur. Il n'y a pas d'autre liquide de l'organisme qui ressemble à la bile : chacun connaît ce liquide jaune verdâtre, tachant fortement le linge et les doigts : point n'est besoin de recourir à l'analyse chimique pour en reconnaître les caractères. C'est un excès de précaution que de rechercher les réactions de Gmelin ou de Petenkoffer.

Mais le diagnostic ne doit pas s'en tenir là. Ce serait une banalité. La garde-malade en a fait autant lorsqu'elle a vu le linge souillé de bile ; le patient qui vient s'en remettre au chirurgien sait aussi à quoi s'en tenir à ce sujet. Le diagnostic comporte d'autres éléments à connaître et ils sont d'une importance de premier ordre. En présence d'une fistule biliaire, on doit se demander :

1° Si la fistule est permanente ;

2° Quelle est la quantité de bile qui est perdue pour l'organisme, si l'intestin en reçoit encore une partie ; en d'autres termes, si la bile ne remplit plus du tout sa fonction physiologique ;

3° En quel endroit des voies biliaires se trouve la

fistule : sur les canaux intra-hépatiques, sur le canal collecteur, sur le canal diverticulaire.

Il n'est pas permis à un chirurgien d'entreprendre la cure d'une fistule biliaire avant de s'être renseigné sur chacun de ces trois points. Muni de ces notions, il interviendra dans les meilleures conditions et au mieux des intérêts du malade qui s'est confié à ses soins.

On a proposé comme drainage des voies biliaires l'abouchement de la vésicule biliaire à la peau. Cette fistule créée par le chirurgien se tarit d'ordinaire après un temps fort variable qui dure de quelques jours à quelques mois. Nous savons que le principal facteur de l'oblitération spontanée de la fistule est la stérilité de la bile, l'asepsie des voies biliaires. Tant que la bile est infectée et charrie les microbes pathogènes, la fistule biliaire ne se tarit pas et on ne doit pas chercher à la tarir. La fistule biliaire qui donne issue à une bile non stérile doit encore être considérée comme une fistule temporaire. C'est là un signe de premier ordre capable de nous renseigner sur l'état d'une fistule.

Quand la bile est aseptique, les avis sont partagés sur la question de l'opportunité de l'intervention opératoire. Si la bile est stérile, il faut songer invariablement à l'existence d'un obstacle siégeant sur le canal biliaire principal, le tronc hépato-cholédoque. Dans ces conditions, il faut avant de conseiller l'intervention envisager l'état de la fistule elle-même, et la position sociale de l'individu qui en est porteur :

ce sont des contingences, il est vrai, d'une nature peu scientifique, mais dont on peut s'inspirer dans la pratique. Nous pourrions nous en tenir aux données de Gosselin sur les fistules stercorales. Le chirurgien de la Charité admettait qu'une fistule était constituée au bout de deux mois : nous pourrions donner le terme de deux mois comme limite minimum de la persistance d'une fistule biliaire. C'est que la fistule biliaire n'entraîne pas les mêmes accidents, les mêmes dangers que la fistule stercorale. On peut vivre très longtemps avec une déperdition de bile ; une fistule stercorale au contraire ne tarde pas à provoquer dans l'organisme des phénomènes graves de dénutrition. On peut donc attendre plus longtemps des ressources seules de la nature l'occlusion d'une fistule biliaire que celle d'une fistule stercorale.

Pour savoir quelle est la quantité de bile perdue pour l'économie par la fistule biliaire, il est bon de mesurer directement ce qui en sort dans un temps donné en vingt-quatre heures. On recueille la bile par un moyen ou un autre : on peut se servir des appareils spéciaux que construit l'orthopédie pour pallier aux accidents de l'abouchement du cholécyste à la peau ; on peut plus grossièrement introduire dans le trajet fistuleux une sonde molle de caoutchouc s'adaptant exactement aux dimensions du trajet pour que la bile ne filtre pas entre ses parois et la sonde : de cette façon on recevra toute la bile qui passe au dehors. Il restera à déterminer le rapport de la quantité obtenue avec la quantité de bile sécrée-

tée quotidiennement par le foie (environ 800 centimètres cubes). Comme il n'est pas absolument prouvé que la fistule cholécystique donne moins de bile que l'abouchement normal du cholédoque dans l'intestin grêle (Arthus), on peut trouver là une méthode d'évaluation excellente et suffisante en pratique.

La perméabilité partielle du canal cholédoque sera décelée par l'examen des fèces. Si elles ont leur coloration et leur consistance normales, il est bien probable qu'une quantité relativement considérable de bile passe encore dans l'intestin, cette observation pourra engager le chirurgien à recourir à des moyens plus simples pour remédier à la fistule biliaire : on pourra, comme Kehr, essayer l'occlusion de la fistule avec un fausset d'ouate, dans le but de forcer l'obstacle partiel en augmentant la tension de la bile. L'autoplastie sans ouverture du péritoine pourra aussi être conseillée (Rose, 1884).

Si les fèces sont décolorées, semblables à du mastic, si elles dégagent une odeur infecte, la bile ne remplissant plus son rôle antiputrescible, on pourra conclure que l'oblitération du canal cholédoque est complète et que la totalité de la bile s'écoule à l'extérieur par la fistule.

Enfin nous devons connaître le siège de la fistule.

La situation de l'orifice cutané lui-même sera souvent d'un grand secours. S'il se trouve au niveau de la cage thoracique, il y a beaucoup de chances que l'ouverture des voies biliaires n'intéresse que des

rameaux intrahépatiques (fistule ramusculaire) ; s'il existe au contraire au creux épigastrique, au-dessous des fausses côtes, il faudra songer de préférence à une fistule des gros troncs biliaires. Mais ces données ne sont point pathognomiques ; la vésicule en particulier peut se trouver déplacée par des adhérences anormales, ectopiée de sorte que la fistule biliaire qui porte sur cet organe peut se trouver loin du point anatomique auquel elle correspond habituellement sur la paroi abdominale antérieure. De plus, avant de s'ouvrir à la peau, la bile peut avoir suivi un long trajet fistuleux. Il pourrait se passer ici ce que l'on a vu pour des fistules d'origine appendiculaire dont on a trouvé l'orifice à la fesse, à la cuisse, etc.

L'évaluation de la quantité de bile sécrétée par la fistule nous dira souvent sur quelle sorte de canaux la fistule s'est formée. S'il y a peu de liquide, si le suintement est léger, nous penserons à une fistule ramusculaire ; si la presque totalité ou la totalité de la bile passe par la fistule, il s'agira sûrement d'une fistule tronculaire.

Enfin il ne faut pas négliger le cathétérisme de la fistule qui nous renseignera sur la direction du trajet et la provenance de la bile.

Voyons maintenant les accidents et complications qui peuvent survenir durant l'évolution d'une fistule.

La fistule biliaire peut constituer en elle-même toute la maladie. Souvent elle détermine un certain nombre d'accidents de gravité toute différente, qu'il

suffit d'énumérer. Les troubles sont locaux et généraux.

La présence incessante de la bile au niveau des téguments les irrite, les ulcère, d'où la production d'érythèmes très douloureux, d'érosions très pénibles. Chez les femmes grasses, ces inconvénients sont plus sérieux, ils deviennent insupportables. La peau s'infecte, la fistule est entourée d'une auréole de petits furoncles qui ajoute leur gêne à l'écoulement de la bile et qui suppurent.

Le tissu cellulaire sous-cutané participe lui-même à l'inflammation : il n'est pas rare d'observer des abcès, des phlegmons limités de la paroi abdominale — nous en avons vu plus d'un — des suppurations qui demandent des soins particuliers. Enfin l'irritation continue détermine une inflammation chronique de la peau et des tissus sous-cutanés ; la paroi abdominale présente un aspect éléphantiasique, qui témoigne de l'ancienneté de l'inflammation.

L'absence de la bile dans l'intestin est rarement caractérisée par l'apparition de troubles digestifs : la bile n'a qu'un pouvoir digestif très atténué si toutefois elle en a un. Peut-être les selles sont-elles plus fétides : cette fétidité des selles pourrait même être évitée en ne permettant pas l'emploi de la graisse dans l'alimentation des malades.

Généralement les malades ne maigrissent pas ; malgré leur fistule ils engraisent même parfois.

Si certains malades maigrissent (Peugniez et Jul-

lien) il faudrait peut-être y voir un effet du dégoût que leur cause l'écoulement incessant de la bile sur leurs parois abdominales. De plus les malades prédisposés ne tardent pas à s'affecter profondément de leur infirmité : nous ne connaissons point d'exemple de malades poussés au suicide par l'obsession d'une fistule biliaire ; on conçoit pourtant que chez certains individus cette éventualité ait pu arriver.

Tous ces inconvénients de la fistule biliaire sont suffisants pour nous engager à discuter d'un traitement chirurgical.

TRAITEMENT

Quand la fistule biliaire est définitivement constituée, il faut la soigner, il faut la guérir. On conçoit que les traitements seront variables avec le siège et la nature de la fistule.

La fistule biliaire suppose nécessairement qu'un ou des canaux biliaires ont été ouverts. L'occlusion des canaux biliaires pourra donc être préconisée. Mais cette occlusion serait illusoire si un obstacle s'opposait au passage de la bile dans l'intestin : le traitement des fistules biliaires consisterait alors à lever l'obstacle. Si l'obstacle est difficile ou impossible à lever, il faut le tourner, aboucher par conséquent la fistule biliaire dans le tube digestif. Chacun de ces modes de traitements trouve ses indications : on conçoit pourtant que l'abouchement de la fistule biliaire dans le tube digestif soit le meilleur et qu'il soit toujours indiqué, qu'il y ait obstacle ou non à l'entrée de la bile dans l'intestin. La cholécystoentérostomie, pour ne citer que l'intervention la plus employée pour rétablir la continuité des voies biliaires avec l'intestin, la cholécystoentérostomie ne ferait au pis-aller que double emploi. La nature semble elle-même avoir trouvé la première les indications de l'anastomose des voies biliaires et de l'intestin,

Cette anastomose est réalisée spontanément au cours de certaines rétentions biliaires, au cours de certaines lithiases biliaires. Il n'est pas rare de trouver dans la cavité de l'intestin des calculs énormes dont le volume ne permet pas de supposer un instant qu'ils ont pu suivre le trajet du cholédoque et tomber seuls dans l'intestin par l'ampoule de Vater. Non, la nature a effectué une cholécysto ou une cholédocoentérostomie. C'est une invite aux chirurgiens.

C'est peut-être accorder beaucoup d'importance au cathétérisme des voies biliaires que de l'appeler opération. Cathétériser les voies biliaires, c'est explorer la perméabilité de ces voies biliaires. On peut introduire le cathéter par l'ouverture d'une fistule constituée ou bien après laparotomie lui offrir une voie d'accès par une cholécystotomie.

Le cathétérisme des voies biliaires est plutôt un moyen de diagnostic qu'un moyen thérapeutique. Si le cathétérisme des voies biliaires permet de passer une sonde jusque dans l'intestin, il montre que les voies biliaires sont libres et qu'une autoplastie simple peut amener l'occlusion d'une fistule biliaire : ce fut la conduite de Rose en 1844. Dans certains cas particuliers et malheureusement infiniment rares, le cathétérisme des voies biliaires peut amener la fermeture d'une fistule biliaire. Il le fait en rétablissant la perméabilité biliaire. Si la sonde rencontre un calcul, elle peut le repousser dans l'intestin : il est inutile de dire que la plus grande prudence doit être

recommandée au cours de ces manœuvres. J.-L. Petit en 1743 aurait le premier guéri une fistule biliaire par ce procédé : il s'agissait d'une fistule biliaire consécutive à une cholécystite suppurée ouverte spontanément à la paroi abdominale antérieure. Packes en fit autant avec succès en 1885.

La technique du cathétérisme des voies biliaires n'est pas soumise à des règles précises comme celle du cathétérisme de l'urètre. C'est que cet organe, en dépit des altérations qui parfois diminuent son calibre, reste toujours identique à lui-même. Les voies biliaires au contraire, travaillées par l'inflammation et l'infection, peuvent non seulement être modifiées dans leur constitution anatomique mais être déplacées et contracter de nouveaux rapports avec les organes voisins.

Il faut avant tout s'inspirer des circonstances dans le cathétérisme des voies biliaires. « Formuler les règles de ce cathétérisme est impossible », quoiqu'on ait pu dire. S'appuyer sur les notions anatomiques pour diriger son cathéter, c'est tout ce qu'on peut faire (Terrier et Dally). Les cathéters utilisés sont tantôt des bougies en gomme des numéros 3 à 6, qu'il est parfois bon de tortiller. Fontan conseille une bougie conique des numéros 8 à 10. Delagenière a employé un cathéter Béniqué. Tous les moyens sont bons pourvu qu'on arrive à suivre les canaux biliaires. On peut même combiner les avantages des sondes en caoutchouc et des sondes métalliques en

se servant d'un cathéter Béniqué armé d'une bougie filiforme (Delagenière *in* Terrier et Dally).

Le cathétérisme des voies biliaires ne donne pas toujours des résultats satisfaisants tant s'en faut. Il faut d'abord s'attendre à des difficultés dans l'introduction de la sonde. Les valvules que nous avons signalées, hérissant la surface muqueuse du canal cystique (valvules de Heister) arrêtent le plus souvent le cathéter souple ou métallique dans sa migration, même à l'état normal. A l'état pathologique, quand des altérations ont modifié l'état des voies biliaires, amené des coudures et des rétrécissements surajoutés aux obstacles naturels, la sonde trouve encore plus de difficulté pour explorer les voies biliaires dans toute leur longueur.

Et quand le cystique serait traversé, il reste encore à la sonde un long trajet à effectuer pour parvenir dans l'intestin. C'est la partie la plus délicate de son travail qui reste à faire : c'est là souvent que se trouve, dans le cholédoque, l'obstacle qui amène la persistance de la fistule. Si c'est une coudure pathologique, il est probable que du tissu de néoformation a englobé le canal cholédoque et les organes voisins, tissu de néoformation où la sonde aura peine à se mouvoir et à rétablir la continuité des voies biliaires. Si c'est un calcul qui occasionne la persistance de la fistule biliaire, c'est dans la plupart des cas un gros calcul, logé dans une dilatation du canal cholédoque : comment la sonde pourra-t-elle faire pénétrer dans la portion inférieure du canal cholé-

doque qui le plus souvent a conservé son diamètre normal (1 à 5 millimètres) un calcul gros comme une noisette, une noix, un œuf de poule ?

« Le cathétérisme des voies biliaires est quelquefois facile, bien souvent difficile, plus souvent encore impossible. Son utilité comme moyen d'exploration ou de désobstruction de voie biliaire n'est pas contestable. Il faut souvent tenter de le pratiquer, mais toujours agir sans violence aucune, avec une grande douceur et une extrême prudence, sans s'acharner trop longtemps à le réussir si après quelques minutes de tâtonnements on ne parvient pas à passer. » (J.-L. Faure).

Les cas de J.-L. Petit, de Packes sont deux beaux résultats du cathétérisme dans le traitement des fistules biliaires. Ils apparaissent malheureusement bien isolés dans la littérature médicale.

Si la perméabilité biliaire ne peut être rétablie par le cathétérisme des voies biliaires, il peut être indiqué de recourir à des opérations qui ont pour but de lever l'obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin. En principe, l'obstacle peut être une compression extérieure portant sur le canal cholédoque, une coudure de ce canal par ptose ou par inflammation voisine, un calcul développé dans l'extérieur du cholédoque.

Les compressions extérieures sont le plus souvent d'origine maligne ; le cancer du pancréas revendique à lui seul le plus grand nombre des rétentions biliaires après la lithiase biliaire. Est-il possible

dans ces cas de lever l'obstacle ? Ce que nous savons du cancer et du cancer du pancréas en particulier, c'est-à-dire la nature des altérations engendrées par la tumeur épithéliale, ne doit pas nous encourager à essayer un traitement radical. Le cancer du pancréas est un cancer silencieux au premier chef ; quand il se manifeste, il est souvent étendu aux organes voisins et il a infecté déjà l'organisme par des lymphatiques. Il ne saurait donc être question d'enlever la tumeur maligne pour amener la perméabilité du canal cholédoque et l'issue de la bile dans l'intestin. Si une fistule biliaire reconnaissait pour cause un cancer du pancréas, pour obvier aux inconvénients de la fistule biliaire, il serait indiqué d'avoir recours à l'entérostomie biliaire. Ajoutons d'ailleurs que ces indications seront des plus restreintes ; l'état des malades atteints de cancer du pancréas ne permet pas souvent une intervention de cette nature, qui somme toute ne viendrait remédier qu'à une infirmité gênante. Chez les malades, la fistule biliaire n'est rien en comparaison du mal inexorable qui les frappe. On sait d'ailleurs quelle effroyable mortalité attriste les chirurgiens qui ont simplement cholécystostomisé pour rétention biliaire les sujets atteints de cancer du pancréas. Si le doute ne devait profiter aux malades, Mayo Robson déconseillerait même formellement l'intervention (Congrès de Médecine, Paris, 1900).

Il n'est pas facile non plus d'aller sectionner une bride anormale, de décoller le canal cholédoque de

ses adhérences anormales pour supprimer ses coutures ; souvent dans ces cas le canal vecteur de la bile est perdu au milieu d'adhérences, entouré d'une gangue inflammatoire fibreuse dans laquelle il apparaît mal. Il serait dangereux de prolonger une recherche trop minutieuse dans les faits de ce genre ; l'entérostomie biliaire trouve là une de ses indications les plus formelles et aussi les plus heureuses. Ce sont les cas qui donnent les résultats les plus satisfaisants aux malades et flattent le plus l'amour-propre du chirurgien. Dans ces cas, la guérison est complète.

Il reste une autre catégorie de fistules biliaires : ce sont celles qui doivent leur persistance à la présence de calculs biliaires dans le canal cholédoque. Ce sont celles qui sont les plus fréquentes.

C'est dans ces cas que la levée de l'obstacle est à conseiller. Voici qu'elle est d'habitude la genèse de ces fistules : tantôt c'est une cholécystite qui s'est ouverte à la paroi abdominale spontanément, tantôt c'est le chirurgien qui a créé de parti pris la fistule biliaire pour obvier aux accidents les plus pressants de l'angiocholite et de la rétention biliaire. L'état général après l'établissement du drainage des voies biliaires s'est relevé, mais la fistule persiste parce qu'il y a un obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin et cet obstacle est constitué par un calcul logé dans le cholédoque. La cholédocotomie trouve là ses meilleures indications, car elle pare à deux accidents à la fois : elle supprime le ou les cal-

culs biliaires, qui entretiennent l'inflammation et quelquefois la suppuration dans toute la région sous-hépatique et en supprimant le calcul biliaire, elle fait disparaître la fistule. Nous avons été dernièrement témoin d'une belle guérison dans un cas de ce genre.

Une malade avait été prise en 1900 d'angiocholite grave qui ne céda qu'à l'ouverture de la vésicule biliaire. Les accidents s'amendèrent, l'ictère disparut, mais la fistule biliaire persista. Il y avait absence totale de bile dans l'intestin. La fistule persista six ans, parce que six ans la malade ne consentit à s'en faire débarrasser, malgré les ennuis apportés par l'écoulement incessant de la bile et malgré les douleurs continuelles qu'elle ressentait au creux épigastrique. De guerre lasse, elle vint revoir son chirurgien, le professeur Peugniez (d'Amiens). Elle accepta enfin une intervention chirurgicale. La laparotomie conduisit sur un canal cholédoque, gros, dilaté comme l'intestin grêle et contenant des corps durs qui ne pouvaient être que des calculs. Le cholédoque est incisé sur une étendue de 3 centimètres : la brèche permet d'extraire cinq calculs gros comme une noisette, agglomérés par une sorte de ciment biliaire. Le cholédoque est ensuite suturé, après qu'une sonde a exploré et reconnu sa perméabilité. Trois jours après, la bile passait dans l'intestin ; la fistule biliaire donnait moins et aujourd'hui il n'existe plus qu'un petit suintement au niveau de l'ancienne fistule. L'intervention ne date encore que de six semaines.

Dans les cas de ce genre, la cholédocotomie doit faire et fait des merveilles. Malheureusement elle n'est pas toujours praticable. Souvent le canal cholédoque est entouré d'adhérences solides, d'adhérences qui saignent facilement et qui saignent beaucoup. La profondeur à laquelle on est obligé d'opérer, le saignement en nappe rendent dans ces circonstances l'opération non seulement délicate et difficile mais même dangereuse. Il faut savoir s'arrêter à temps : s'il n'y a pas d'indications pressantes à la levée du calcul (douleurs violentes et persistantes, quelquefois sténose pylorique par péritonite plastique), il vaut mieux avoir recours à une opération qui ramène tout aussi bien la bile dans l'intestin : l'entérostomie biliaire s'enrichit de ces nouvelles indications.

L'absence de troubles résultant de la suppression de l'appareil diverticulaire de la bile a conduit les chirurgiens à faire la résection de cette portion de l'arbre biliaire lorsque la fistule y siégeait. On a préconisé la cholécystectomie partielle ou totale au cas de fistule biliaire portant sur la vésicule. Physiologiquement cette opération n'est passible d'aucun reproche : l'absence de la vésicule biliaire n'apporte aucun trouble à l'organisme et même les altérations limitées au cholécyste retentissent fort peu sur l'économie. Beaucoup de malades doivent la disparition de la fistule biliaire à la résection de la vésicule ; ce serait même l'opération idéale, si c'était une opération toujours facile et toujours suivie de guérison.

Il n'en est pas toujours de même. Dans notre observation inédite (Peugniez et Jullien), la cholécystectomie a été essayée : elle a été pratiquée alors que la bile passait encore en partie dans l'intestin et pourtant le flot biliaire n'a pas tardé à forcer la ligature jetée sur le canal cystique. La cholécystectomie ne donne donc pas toujours la guérison de la fistule biliaire.

Au reste la cholécystectomie ne s'applique qu'à un certain nombre de fistules biliaires dont le groupe est précisément le moins important : c'est celui des fistules biliaires partielles. Nous entendons par fistules biliaires partielles celles qui ne donnent pas passage à la totalité de la bile sécrétée, les voies biliaires qui conduisent à l'intestin restant perméables. Ce qui favorise la persistance de la fistule biliaire, c'est l'obstruction du canal cholédoque. Si le canal cholédoque est oblitéré, peut-on seulement penser à fermer la seule voie de décharge de la bile ? Ce serait la rétention biliaire totale avec tous ses accidents, cette même rétention biliaire qui commande au contraire la création d'un abouchement à la peau.

Il reste une intervention pour remédier aux accidents de la fistule biliaire. Cette intervention, c'est l'anastomose biliaire avec le tube digestif. Nous la préconisons

- 1° Parce qu'elle s'applique à la plupart des cas ;
- 2° Parce qu'elle fait courir le moins de risque aux malades ;

Il n'est guère de fistule biliaire qui contre-indique l'entérostomie biliaire. Qu'il y ait obstacle ou non au passage de la bile dans l'intestin, elle ne reconnaît comme contre-indications que les indications des opérations rivales, la cholédocotomie, le cathétérisme et la cholécystectomie.

Et les manœuvres qu'elle nécessite ne sont d'ordinaire pas très préjudiciables au patient. Le trajet fistuleux est un point de repère précieux pour conduire le chirurgien sur le siège de l'abouchement de la fistule dans les voies biliaires. Le bistouri ne chemine pas au hasard ; il suit ponctuellement le trajet que lui indique la fistule et quand la fistule a été bien disséquée, bien libérée, il y a facilité soit à rapprocher la fistule de l'intestin, soit au contraire, à mettre l'intestin au contact de la fistule : la mobilité de l'intestin grêle est un adjuvant qu'il ne faut pas négliger.

Les résultats de la cholécystentérostomie sont aussi à peser. Sans doute elle ne donne rien là où elle ne peut rien donner : une cholécystentérostomie faite par Delbet contre un néoplasme du confluent hépatocystique ne put amener le passage de la bile dans l'intestin ; une autre effectuée par Peugniez (1906) dans les mêmes conditions n'a pas changé la situation du malade. Mais on ne peut demander à une opération que ce qu'elle peut donner : elle ne peut livrer passage à la bile qu'autant que la bile peut arriver jusqu'à la bouche anastomotique. Les statistiques sont là pour montrer la valeur de l'en-

térostomie biliaire : Murphy donne 2 morts sur 22 ; c'est un résultat bien avantageux, qu'on peut facilement mettre en parallèle avec les autres interventions portant sur les voies biliaires (cholécystectomie, cholédocotomie, etc.).

L'anastomose biliaire, en principe, peut porter sur n'importe quel segment de l'arbre biliaire ; elle porte en général sur le canal qui est le siège de la fistule. Comme c'est la vésicule biliaire qui produit le plus de fistules, à cause des fistules consécutives à la cholécystostomie, c'est sur le cholécyste que porte le plus souvent l'anastomose avec le tube digestif. Pourtant les chirurgiens ont eu l'occasion d'aboucher le canal cholédoque avec l'intestin ou l'estomac (Riedel, 1888 ; Czerny, 1892 ; Kocher, 1890 ; Sprengel 1891 ; Kehr, Mayo Robson, Summers, Brin, d'Angers). La plupart des observations sont consignées dans un rapport de Quénu à la Société de chirurgie (15 novembre 1905). Mais la plupart de ces opérations ont été dirigées contre la lithias biliaire : Riedel, Mayo Robson, Brin (d'Angers) firent la cholédocoduodénotomie contre des fistules biliaires. Le canal cystique lui même a été anastomosé soit avec l'intestin (Mayo Robson) soit avec l'estomac (Peugniez et Jullien).

Quelle est maintenant la portion du tube digestif qui doit recevoir la bile ? La portion idéale serait l'intestin fixe, le duodénum. Une entérostomie biliaire portant sur le duodénum rappellerait ce qui se passe à l'état normal. Mais le duodénum est immobile, accolé à la paroi abdominale postérieure, il ne peut

être amené au contact des voies biliaires : tout le trajet doit être fait par ces derniers organes d'où des libérations pénibles, quelquefois impossibles. On a pensé alors à faire la bouche sur l'intestin grêle qui se prête facilement à un rapprochement avec les voies biliaires. Il vaut mieux alors faire l'anastomose le plus haut que l'on peut pour se rapprocher dans la mesure du possible des conditions normales, bien qu'il ne faille pas attacher à la bile un rôle digestif plus important que celui que les expériences les plus récentes semblent lui assigner. Williet a même proposé le côlon transverse comme le lieu d'élection de l'anastomose. Cette formule de Williet doit être revue ; mais il est certain que dans des cas particuliers, plutôt que de s'exposer à des désordres irréparables, il faudrait mieux se contenter d'une cholécysto-colostomie.

Certains auteurs, avec Chaput, ont pensé que la présence de la bile dans l'estomac arrête la digestion. C'est là une opinion courante qui est controuvée par les faits d'abouchement de la vésicule à l'estomac et par des expérimentations récentes. Voici d'ailleurs les conclusions auxquelles aboutit un travail du professeur Terrier (*Revue de chirurgie*, 1896). « Il ne paraît pas que le reflux de la bile ait influé notablement sur la digestion gastrique, fait d'ailleurs vérifié expérimentalement déjà depuis longtemps (1880 et 1883) chez les animaux par le professeur A. Dastre, dont les recherches ont été reprises par

Ruggero Addi, sous la direction du professeur A. Marcacci à Pérouse.

D'après ces expériences en effet : « L'introduction de la bile dans l'estomac ne produit ni vomissements, ni troubles gastriques ; elle n'amène point la précipitation des peptones et n'entrave pas la fonction digestive de l'organe. » (A. Dastre. *Arch. de Physiologie*, 1890).

C'est d'ailleurs ce qui s'est passé chez notre opérée, comme on peut s'en assurer en lisant notre observation. Immédiatement après l'opération, les vomissements dus au chloroforme furent peu fréquents et ne contenaient pas de bile. Pendant tout le reste du séjour de la malade à l'hôpital elle ne vomit pas, digéra très bien et conserva le même poids qu'avant l'intervention. Le même état général et local persista jusqu'à la fin de l'année 1894, et ce n'est que vers le milieu de l'année 1895 que les troubles digestifs résultat fatal de la néoformation duodénale se manifestèrent de nouveau et déterminèrent des vomissements parfois purement bilieux, le plus souvent renfermant les matières ingérées par la bouche, plus ou moins mélangées avec la bile.

Du reste l'expérience de R. Oddi, qui pratiqua sur le chien une fistule cholécysto-stomacale à la suite de laquelle la digestion stomacale n'a pas été troublée par l'apport de la bile, cette expérience, dis-je, fut répétée depuis dans l'espèce humaine par MM. Max Wilkoff et Angelberger.

Il s'agissait d'une femme présentant un arrêt du

cours de la bile, soit par lithiase, soit par adhérences ou une tumeur.

« Vu les adhérences l'abouchement de la vésicule ne pouvait être fait qu'avec le côlon ou l'estomac. On choisit l'estomac parce qu'il paraît démontré par les faits expérimentaux que la présence de la bile dans ce viscère n'entrave point la digestion et que du reste la présence de la bile dans l'estomac, à jeun, est très fréquente (Kahler). »

Le professeur Terrier appuie son argumentation d'une observation concluante : Epithélioma de la tête du pancréas ; ictère, anastomose de la vésicule biliaire avec l'estomac.

Instruits de ces faits expérimentaux et de ces données cliniques, Peugniez et Jullien n'ont pas hésité dans un cas de fistule du canal cystique à pratiquer une cystico-gastrostomie. Le succès fut complet (observ. VIII).

Le chirurgien s'inspirera donc au mieux des intérêts du malade pour choisir la portion du tube digestif où doit porter l'anastomose. Des différents points du tube digestif, c'est le côlon qui semble présenter le plus d'inconvénients, puisque la colostomie biliaire prive tout l'intestin grêle de bile. Et les troubles survenus par suite de l'absence de bile dans la première portion de l'intestin sont-ils encore des plus négligeables en pratique. Ce que nous devons retenir c'est qu'il n'y a nulle hésitation à avoir à faire porter le bistouri sur l'estomac au cours de l'anasto-

mose biliaire. La gastrostomie biliaire est aujourd'hui consacrée par de nombreux succès.

La technique de l'anastomose biliaire ne présente pas de particularités au cours du traitement des fistules biliaires. Elle peut, en général, être faite selon le mode opératoire habituel. Elle peut être pratiquée au moyen du bouton de Murphy ou au moyen de sutures. Murphy s'est fait le défenseur du bouton qui porte son nom au congrès de Rome (1894) : il s'agit alors naturellement du bouton du calibre le plus réduit. La statistique de Murphy portait sur 22 cas dont 10 personnels ; il y eut 20 succès. Dans les deux morts, une due à un volvulus était indépendante du mode d'anastomose.

Il est évident qu'un procédé qui donne une statistique semblable est un bon procédé. Mais il a pourtant des défauts. Delbet, dans un cas de lithias biliaire voulut employer le bouton de Murphy dans une cholécystentérostomie. Quand les deux demi-boutons eurent été fixés, il ne put les articuler ensemble et dut recourir à une suture secondaire (Société de Chirurgie, Rapport Chaput, 29 janvier 1896). Dans un cas de Shepherd, la vésicule très épaissie fut coupée par le bouton et la mort survint par hémorragie.

Mayo Robson emploie des bobines en os décalcifiées : il doit deux succès personnels à cette méthode. Dans un cas de cystico-gastrostomie, Peugniez et Julien ont fait leurs sutures sur un tube de caoutchouc. Le tube de caoutchouc tombait dans l'intestin quel-

ques jours après l'opération et était expulsé dans les selles.

L'entérostomie biliaire idéale est l'entérostomie faite avec des sutures. Elle ne comporte avec elle aucun aléa lorsqu'elle est faite avec soin ; quand les sutures ne tiennent pas, c'est qu'il y a eu infection autogène provenant du malade lui-même ou infection exogène apportée par le chirurgien, ses instruments ou ses objets de pansement.

Technique de l'Entérostomie biliaire.

La technique de l'entérostomie biliaire au cas de fistule biliaire ne diffère guère de ce qu'elle est au cas de rétention biliaire par calcul enclavé ou de cancer de la tête du pancréas : elle comprend l'incision, l'anastomose proprement dite et la fermeture de la paroi.

1° *Incision.* — Elle est spéciale dans les fistules biliaires. Il n'y a pas à s'inquiéter des points de repère habituels : ne point chercher à faire l'incision médiane, l'incision paramédiane, en dehors du muscle droit de l'abdomen, l'incision en baïonnette de Kehr. Ce qui doit guider le chirurgien, c'est la fistule. Il est bon de commencer par y introduire une sonde en caoutchouc assez rigide, elle sera d'un grand secours pour la dissection du trajet fistuleux.

On commencera par circonscrire l'orifice cutané par deux incisions elliptiques qui se rejoindront en haut et en bas et que l'on continuera dans l'un et l'autre sens : autant que possible, faire l'incision verticale pour ménager les fibres musculaires dans la mesure du possible. Alors commence le travail de dissection en se guidant toujours sur le trajet fistuleux. Petit à petit on pénètre dans la profondeur et l'on arrive sur le péritoine. Il faut alors redoubler

de précautions, car il y a des adhérences péritonéales dans la plupart des cas ; ces adhérences peuvent englober une anse intestinale, qui risque d'être blessée si on n'y prend garde. Le péritoine doit être largement ouvert dans toute la longueur de l'incision cutanée qui doit toujours avoir au moins dix à douze centimètres, car il faut s'attendre à travailler dans la profondeur. Continuer alors dans la cavité péritonéale la dissection du trajet commencé dans la paroi jusqu'à ce qu'il soit complètement libéré.

2° *Anastomose*. — La fistule est prête ». Il s'agit alors de choisir une partie du tube digestif sur laquelle on fera l'anastomose. S'inspirer des considérations que nous avons faites sur le choix. En principe, tout est bon, mais il y a des portions de choix dans l'intestin. Le duodénum est trop fixe, le gros intestin est à la terminaison du tube digestif, la bile empêche la digestion gastrique (Chaput) ; on devrait donc choisir la première partie de l'intestin grêle parce qu'il est mobile et qu'il n'expose pas l'anastomose future à des tiraillements dangereux, parce qu'il est au commencement de la traversée digestive dans l'abdomen. C'est donc à l'intestin grêle que l'on aura recours pour faire la bouche anastomotique : il est bon de repérer cet intestin grêle pour ne point prendre une anse jéjunale trop voisine de la valvule iléo-cæcale : pour parer à cela il faut se guider sur l'angle duodéno-jéjunal, comme dans la gastro-entérostomie.

Avant de procéder à l'anastomose, vérifier l'état

de la fistule : voir si les tissus qui la forment sont de bon aspect et réséquer toutes les parties suspectes : les fils doivent porter sur des tissus sains.

Selon les cas, il faudra s'adresser à l'anastomose termino-latérale ou à l'anastomose latéro-latérale. Si la fistule porte sur le fond de la vésicule, l'anastomose latéro-latérale. Il sera toujours possible de mettre deux plans de suture : une externe qui comprendra la séreuse et la fibro-muscleuse des voies biliaires d'un côté, la séreuse et la muscleuse du tube digestif de l'autre. Une troisième suture pourra même être pratiquée pour plus de sûreté. On fera donc :

- a) La demi-circonférence séro-séreuse postérieure ;
- b) La demi-circonférence muco-muqueuse postérieure ;
- c) La demi-circonférence muco-muqueuse antérieure ;
- d) La demi-circonférence séro-séreuse antérieure.

Si l'épiploon se présente dans la plaie opératoire, il sera indiqué de l'accoler contre l'anastomose ; il apportera son concours mécanique à la consolidation de la bouche anastomotique ; il apportera surtout ses propriétés physiologiques antitoxiques, luttant contre les germes qui auront pu inoculer le champ opératoire.

3° *Fermeture de la paroi.* — S'il y a eu très peu de sang épanché, si les manipulations n'ont pas été longues, si on est sûr de son matériel chirurgical, de ses aides, on peut ne point laisser de drainage

dans l'abdomen. Il sera toutefois toujours prudent de glisser sous les sutures une mince mèche de gaze qui servira de soupape de sûreté au cas d'infection et de récurrence de la fistule et que, dans les cas heureux, on enlèvera au bout de quarante-huit heures. A plus forte raison sera-t-il indiqué de ne pas refermer complètement, si les recherches ont été longues, si des adhérences nombreuses ont été rompues et si du sang a inondé le champ opératoire.

4° *Fermeture de la paroi abdominale.* — Elle se fait comme dans toute laparotomie. Autant que possible faire trois plans de suture, à moins que le péritoine ne soit trop fragile et qu'il ne soit impossible d'y jeter des fils.

OBSERVATIONS

Cholécystentérostomies

OBSERVATION I

(Terrier. — *Revue de chirurgie*, 1896.)

*Ictère chronique. — Lithiase biliaire. — Cholécystostomie. —
Persistance de la fistule biliaire. — Cholécystoduodénostomie.
— Guérison temporaire. — Cancer du duodénum oblitérant
l'ampoule de Vater.*

S... Adolphine, cinquante-quatre ans, ménagère, entre à l'hôpital Bichat le 18 juin 1894. Ses antécédents héréditaires sont à peu près nuls : père mort à quarante-cinq ans d'une affection aiguë, mère encore vivante et bien portante malgré ses quatre-vingt-cinq ans. Réglée à quinze ans et très régulièrement, M^{me} S..., a eu cinq accouchements à terme ; trois de ses enfants moururent en bas âge et un fils est mort à trente ans, il lui reste une fille de vingt-deux ans bien portante. Jusqu'en 1893, M^{me} S... avait joui d'une santé parfaite ; en mai de cette année elle constate de l'œdème des membres inférieurs et de la région hypogastrique. Elle vient alors à la consultation médicale de l'hôpital Bichat où le Dr Roques l'examina et constata de l'albuminurie. La diète lactée fut prescrite avec l'eau

de Vichy et au bout de huit jours l'albumine avait disparu. Le régime lacté fut continué quelque temps et tout alla bien.

En décembre 1893 l'œdème des jambes reparut et la malade se mit elle-même au régime lacté ; comme l'œdème persistait toujours, M^{me} S... entra à l'hôpital Bichat le 19 février 1894 dans le service du Dr Roques. On constata l'existence de troubles gastriques, de l'anorexie, de l'oppression, du malaise, sans d'ailleurs trouver d'albuminurie. Toutefois à droite de l'ombilic on constata une tuméfaction que l'on crut être un rein mobile. Au bout de quelques jours au lit, l'œdème des extrémités inférieures disparut et la malade qui ne suivait pas de régime, fut envoyée au Vésinet après trois semaines de séjour à l'hôpital. Au Vésinet il se reproduisit un peu d'œdème des jambes surtout après la marche ; œdème qui disparaît totalement par le repos au lit. M^{me} S... sort du Vésinet à la fin du mois de mars 1894.

Quelques jours après sa sortie du Vésinet, vers le 20 avril 1894, la malade s'aperçut que ses conjonctives sont jaunes, bientôt cet ictère se généralise et devient très foncé assez rapidement. D'ailleurs la malade n'a nullement souffert de son foie, elle se plaint seulement d'anorexie et de faiblesse. En même temps que les téguments se coloraient, les selles se décoloraient et l'urine prenait une teinte très foncée et jaunâtre.

Le régime institué fut la diète lactée et l'eau de Vichy, mais sans produire de résultat, si bien que M^{me} S... se décida à entrer une deuxième fois dans le service du Dr Roques, le 5 mai 1894. À cette date on constata un ictère très foncé, une décoloration absolue des selles, des urines très colorées par la bile et de la fièvre ; la température du soir oscillant aux environs de 39 degrés centigrades. La malade n'accuse d'ailleurs aucune

douleur ; pas de crises hépatiques antérieures, sauf quelques légères douleurs au creux épigastrique, pas de vomissements. Le diagnostic fut : angiocholite infectieuse, et la malade fut soumise au régime lacté relatif, car on lui donnait à prendre des potages matin et soir. On administra aussi des lavements bori-
qués dans le but de désinfecter l'intestin. L'état resta station-
naire et M^{me} S... fut passée en chirurgie le 18 juin 1894. A cette date la malade qui en 1892 pesait 51 kilos ne pesait plus que 43 kilos. Dès son entrée, M^{me} S... est soumise au régime lacté exclusif avec l'eau de Vichy naturelle (source Elisabeth de Cusset) ; or le 19 la température tomba aux environs de 37 degrés pendant les premiers jours, puis oscilla entre 36° 8 et 37° 2.

L'ictère est très prononcée, les téguments sont d'un jaune noir, les selles quotidiennes sont absolument décolorées ; les urines, fortement teintées par les matières colorantes de la bile, sont en quantité normale (1.700 centimètres cubes) ont une densité de 1012 et ne renferment que 9 grammes d'urée par litre, elles ne contiennent ni sucre ni albumine. Le foie est augmenté de volume son bord inférieur, tranchant, très nettement perceptible au toucher, descend sur la ligne mamelonnaire à 10 centimètres au-dessous du rebord costal. La limite supérieure de sa matité correspond à la sixième côte sur la même ligne du mamelon. La hauteur du foie sur cette ligne est donc d'environ 13 centimètres.

Sous le bord du foie, à 7 centimètres de l'ombilic, on perçoit nettement l'existence d'une petite tumeur d'environ 4 centimètres carrés, arrondie, lisse, non douloureuse qui n'est autre que la vésiculebiliaire descendue, dont le fond dépasse le bord du foie d'environ deux travers de doigt. Cette exploration est

absolument indolore. L'estomac est dilaté et l'on perçoit du clapotement jusqu'à l'ombilic. La rate paraît normale, les poumons sont sains ; le cœur a ses bruits faibles et sourds sans souffles, les battements sont irréguliers, en somme lésion mitrale possible. Le diagnostic fut : ictère chronique dû probablement à la lithiase biliaire avec une poussée d'endo-cholécystite.

Opération le 7 juillet, à l'hôpital Bichat, par M. Terrier, aidé par le Dr Jourdan, interne. Laparotomie latérale droite ; l'incision longue de 10 centimètres commence à 6 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes : elle est située à 7 centimètres à droite de la ligne médiane et légèrement oblique en bas et en dehors. Le foie, de couleur vert jaune, est augmenté de volume ; la vésicule est dilatée et dépasse le bord inférieur du foie d'environ 4 centimètres ; sa paroi est blanche, mince, lisse, par conséquent non enflammée, elle renferme des calculs.

Une ponction permet de retirer environ 200 grammes de liquide incolore limpide, contenant des flocons de mucus et de petits graviers analogues à de petits morceaux de charbon. L'ouverture de la vésicule agrandie avec les ciseaux, on retire de sa cavité avec une pince quatre ou cinq calculs du volume d'un gros pois ; une partie de ces calculs était logée dans le canal cystique et au niveau du col de la vésicule.

Une palpation minutieuse n'a pu révéler aucun obstacle au niveau des canaux hépatiques et cholédoque, on n'y sent ni calcul ni néoformation, l'examen de la tête du pancréas donne un résultat négatif. Au-dessous du foie et en arrière on délimite l'extrémité inférieure du rein droit mobile et abaissé. Le cathétérisme des voies biliaires fait à l'aide d'une bougie en gomme (filière Charrière n° 7) permet de conduire cette bou-

gie très profondément jusqu'au duodénum (?). Après l'ablation des calculs engagées dans le col de la vésicule et dans le canal cystique on voit s'écouler une bile verte, normale, ce qui fit penser que ces calculs oblitéraient absolument la vésicule, qui, elle, renfermait un liquide incolore.

On pratique alors d'abord une cholécystectomie partielle en réséquant le fond de la vésicule, pris dans une pince courbe, puis une cholécystectomie en suturant le pourtour de la vésicule réséquée à la paroi abdominale à l'aide de trois plans de suture ; les deux premières sutures sont faites à la soie, la dernière au crin de Florence. La paroi abdominale au-dessus et au-dessous est aussi suturée par trois plans, deux à la soie (péritoine et aponévrose), un au crin de Florence (peau). Les bords de l'orifice sont régularisés et l'on fait la ligature d'un artériole de la paroi vésiculaire ; puis le tout est courbé légèrement au thermocautère. Un petit drain est placé dans la vésicule.

Pansement aseptique avec l'ouate et la gaze stérilisées.

Les suites opératoires furent des plus simples, le maximum de la température fut 37°4 le deuxième jour. Il y eut un écoulement abondant de bile par l'ouverture fistuleuse de la vésicule, nécessitant des pansements journaliers. Au huitième jour ablation des fils de suture de la paroi (Crins de Florence) et réunion normale de la plaie. Le dixième jour la malade soutenue jusqu'alors avec du lait et du champagne put prendre des potages du lait et des œufs. L'alimentation fut normale le seizième jour avec de l'eau de Vichy et du lait comme boisson. Disparition lente de l'ictère. Toutefois les selles restent décolorées, grisâtres. Vers le vingtième jour l'état général est excellent, l'appétit développé et la digestion facile et malgré le

passage total de la bile par la fistule cutanée le poids augmente de 5 kilos cinq semaines après l'opération (48 kilos au lieu de 43 kilos).

Voici l'état de la malade à sa sortie de l'hôpital, le 5 septembre 1894 : Cicatrice de la laparotomie parfaite, commençant à 6 centimètres au-dessous du rebord costal et à 7 centimètres de la ligne médiane, s'incurvant légèrement à droite, de sorte que son extrémité inférieure est à 7 cm. $1\frac{1}{2}$ de la ligne blanche ; cette cicatrice a 10 centimètres. L'orifice de la fistule est à 7 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes, par conséquent en haut de la cicatrice. Cet orifice est très petit (dimension de la tête d'une épingle), la peau qui l'entoure est un peu rouge et le siège de démangeaisons.

Toute la bile sécrétée paraît passer par la fistule car les matières sont absolument décolorées ; malgré cela l'état général est excellent, l'appétit parfait et les digestions faciles. Le foie dépasse le rebord des fausses côtes de 7 centimètres vers la ligne mamelonnaire et reprend juste au niveau de la fistule. La limite supérieure correspond au bord inférieur de la septième côte et la hauteur de la matité est de 11 centimètres, toujours sur la ligne mamelonnaire. On ne peut apprécier le volume de la rate par la percussion.

Au 1^{er} octobre l'état général et l'état local n'ont pas changé : la malade pèse 50 kilos ; elle a donc engraisé de 2 kilos malgré la perte constante de la bile.

En présence de cet écoulement constant qui nécessite des pansements journaliers et qui déterminent de légers troubles du côté des téguments avoisinant les fistules. Pensant d'autre part qu'il devait y avoir une oblitération du cholédoque persistante, probablement un calcul (?), peut-être une néoformation (?)

on conseille à la malade une nouvelle intervention dans le but d'anastomoser la vésicule avec l'intestin grêle (duodénum) et de rétablir le cours normal de la bile, en un mot de pratiquer une cholécystentérostomie.

M^{me} S... entre de nouveau à l'hôpital Bichat le 29 octobre 1894.

Le 31 une tige de laminaire est placée dans la fistule de façon à déterminer si l'oblitération mécanique de celle-ci donnera lieu à un écoulement de bile par les voies normales vers l'intestin. Or cette laminaire détermine :

1^o Une rétention considérable de la bile qui s'est accumulée dans la vésicule et a donné lieu à de vives douleurs ;

2^o Une élévation de température qui a atteint 38°2 ;

3^o Une teinte subictérique des conjonctives qui persiste quelques jours ;

4^o Une très légère coloration des selles indiquant qu'une très petite quantité de bile est passée dans l'intestin. Cette sorte de recherche expérimentale a un peu fatigué la malade, si bien que le 9 novembre elle avait maigri d'un kilo (49 kilos au lieu de 50 kilos). Deuxième opération le 10 novembre 1894 avec l'assistance du D^r Raymond, alors interne.

Une bougie en gomme stérilisée n° 8 (Charrière) est placée tout d'abord dans la fistule : elle y pénètre jusqu'à 15 centimètres et y est maintenue par un aide. Ceci fait, on pratique une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, longue de 15 à 18 centimètres. Cette incision sectionne la veine ombilicale perméable qu'il faut lier. De nombreuses adhérences existent entre la face inférieure du foie, l'estomac très dilaté, le duodénum et le côlon transverse. Une tentative est faite pour rechercher et explorer le canal cholédoque, mais ces adhérences multiples et serrées

surtout profondément font renoncer à cette exploration. Il s'agit donc d'anastomoser la vésicule avec l'intestin.

L'exploration de la région de la vésicule dans laquelle arrive la bougie préalablement placée dans la fistule montre que cette bougie au lieu de descendre vers le canal cholédoque s'est recourbée en haut sur un des canaux hépatiques.

Une incision transversale intéressant toute l'épaisseur de la paroi abdominale réunit la fistule biliaire à l'incision médiane primitive. Cette incision transverse permet d'exciser la paroi de la fistule biliaire, de la libérer et d'arriver jusqu'à la vésicule entière un peu distendue. On excise toute la partie fistuleuse et on isole un peu la vésicule du foie en haut et des adhérences intestino-stomacales en bas. Cette vésicule, ayant déjà été excisée lors de la première opération, est encore légèrement excisée du côté de son fond pour faire une ablation totale du trajet fistuleux. Elle présente donc, on le craint une longueur fort restreinte et n'est mobilisée que dans une petite étendue. Nous avons déjà dit que l'estomac était dilaté et adhérent, si bien que l'ouverture intestinale doit être faite très près du pylore où à son niveau même afin de pouvoir correspondre à celle de la vésicule biliaire assez largement ouverte. L'ouverture intestinale ou pylorique fut pratiquée sur une longueur de 2 centimètres et les deux lèvres de l'orifice furent maintenues par des pinces à pression comme on le fit d'ailleurs du côté de l'ouverture circulaire de la vésicule. On sutura les lèvres de l'incision gastro-intestinale avec les deux demi-circonférences de la vésicule réséquée : la lèvre supérieure avec la demi-circonférence supérieure, la lèvre inférieure avec la demi-circonférence inférieure. Ces sutures sont faites avec de la soie fine. Notons de suite que du fait de nombreuses adhérences intestinales et stomacales

l'opération est faite en quelque sorte en dehors de la grande cavité péritonéale. On fait alors : 1^o La suture de la section médiane à trois plans : deux à la soie (péritoine et aponévrose), un au crin de Florence (peau) ; 2^o la suture de la section transverse (deux plans à la soie), peau au crin. Il reste une légère perte de substance cutanée au niveau où la fistule a été excisée ; on y place une mèche de gaze aseptique. Pansement aseptique avec des compresses, de la gaze et de l'ouate stérilisées : le tout maintenu par de l'ouate et une bande de flanelle. L'opération assez difficile à conduire a duré une heure et demie. Comme on peut le voir les suites de cette intervention furent fort simples.

La malade n'a pas vomi le soir de l'opération.

11 novembre. — Température 36°8-37°6, pouls 80-85 ; 700 grammes d'urine ; cinq vomissements ne contenant pas de bile. La miction se fait seule.

12 novembre. — Température 36°8-37°1, pouls 80. Expulsion de gaz par l'anus, selles colorées. Injection de caféine. Un litre de lait, pas de vomissements, 800 grammes d'urine.

13 novembre. — Température 36°6, pouls 75-87, un peu de congestion aux deux bases, ventouses sèches. Sérum, urines 600 grammes.

14 novembre. — Température 36°8-36°6, pouls 82-80, nouvelles applications de ventouses sèches, selles colorées, urines 1000 grammes.

15 novembre. — Température 36°6-36°9, pouls 75, urines 900 grammes.

16 novembre. — Température 37°5-37°9. La mèche de gaze placée au niveau de la perte de substance résultant de l'excision de la fistule est enlevée et il s'écoule un peu de bile par la plaie. Pansement aseptique.

17 novembre. — Température 37 degrés-36°8, pansement un peu souillé de bile.

19 novembre. — Température 36°8-37°9. Un peu de rougeur autour de la petite plaie due à l'écoulement du suc gastrique. On panse avec du lait boriqué et de la vaseline boriquée.

21 novembre. — Même pansement, il y a un peu de bile sur le bout enlevé, à partir de cette époque la température oscille autour de 37 degrés.

23 novembre. — A cette date la fistule est définitivement fermée. Il ne s'écoule plus rien sur le pansement. Depuis le 18 novembre la malade suit un régime lacté mixte, en ce sens qu'elle boit du lait coupé d'eau de Vichy et s'alimente avec de la viande et des légumes. Son appétit est excellent et ses digestions se font très bien, les selles sont colorées normalement. M^{me} S... sort de l'hôpital le 26 novembre 1894, soit seize jours après son opération, pesant alors 49 kilos. La cicatrice de cette deuxième opération est longue de 18 centimètres dont 7 au-dessus de l'ombilic ; en travers elle est longue de 7 centimètres de l'ombilic à l'orifice de l'ancienne fistule biliaire complètement guérie. La hauteur du foie sur la ligne mamelonnaire s'étend de la septième côte à 6 centimètres au-dessus du rebord costal, elle est donc un peu diminuée.

14 décembre 1894. — Etat général excellent, bon appétit, digestions faciles, selles quotidiennes normales. A noter un léger œdème des jambes lors de fatigues ; battements irréguliers du cœur, légère oppression lors des efforts.

La malade est perdue de vue jusque vers le mois d'août 1895. A cette date et vers les premiers jours de ce mois, M^{me} S... vient à l'hôpital Bichat et, en mon absence, elle consulte mon assistant, M. le Dr Hartmann ; elle se plaignait de vomir tout

ce qu'elle ingérait ; on lui prescrivit un régime lacté exclusif et au bout de quatre jours les accidents étaient calmés et elle ne voulut pas entrer à l'hôpital se trouvant, disait-elle, fort bien. C'est vers le milieu de septembre que la malade revint de nouveau voir le Dr Hartman qui, la trouvant très mal, la fit entrer dans le service du Dr Roynes, la salle des femmes de chirurgie étant fermée pour réparation. Les douleurs abdominales étaient très vives, les vomissements répétés et l'état général aussi mauvais que possible. Constatant une énorme dilatation gastrique M. le Dr Hartmann prescrivit des lavages de l'estomac : ce qui déterminait un soulagement notable. Toutefois la malade s'affaiblit de plus en plus et elle succomba le 21 septembre 1895. L'autopsie pratiquée le 22 septembre fit découvrir un petit épithélioma annulaire au niveau de l'ampoule de Vater.

OBSERVATION II

(Tuffier. — Société de Chirurgie. Séance du 13 décembre 1905).

Cholécystentérostomie pour fistule biliaire

J'ai opéré le 28 mars 1903 un homme de cinquante ans, entré à l'hôpital Beaujon, salle Malgaigne, n° 8, pour ictère chronique par obstruction du cholédoque. Le début fébrile de l'affection, les antécédents de lithiase biliaire de cet homme faisaient penser à un calcul. J'ai rapporté ici même toute son histoire (Société de Chirurgie, 3 juillet 1903) que j'avais intitulée : Péricholécyste ou pancréatite chronique. L'opération

m'avait fait constater une légère induration autour de l'orifice du cholédoque et j'avais pratiqué une simple cholécystostomie. Son histoire s'arrête là. En voici la fin particulièrement instructive : Quelques semaines après l'opération la fistule persistant et les matières stercorales restant décolorées, je fis une cholécystentérostomie. Et trois semaines après mon homme sortait guéri.

Sa santé redevint parfaite, il reprit son travail ; je le vis plusieurs fois dans l'année qui suivit et *dix-huit mois* après mon intervention, lors de sa dernière visite, il était tellement robuste que je n'hésitai pas à le regarder et à le citer comme exemple d'une pancréatite chronique. Cet homme est revenu dans mon service la semaine dernière. Il présentait un épithélioma venant faire chou-fleur à la peau, après avoir envahi toute la cicatrice. La tumeur se prolongeait profondément dans l'abdomen : il n'y a pas de doute qu'il se soit agi ici d'un cancer du pancréas propagé le long du tissu cicatriciel de mon opération. Le malade n'avait pas d'ictère, pas encore d'amaigrissement ; il est en ce moment soumis à l'action des rayons X. Tout ce que l'on pourrait tenter comme hypothèse, si on voulait rejeter l'opinion d'un épithélioma existant en 1903, c'est que le cancer s'est développé sur une pancréatite chronique ; mais sur ce point je ne voudrais rien affirmer.

OBSERVATION III

(Fournier d'Amiens. — Congrès de Chirurgie de Paris, 1904).

Cholécystentérostomie pour fistule biliaire.

La malade était une femme de trente ans, atteinte après

antécédents de coliques hépatiques frustes, d'une douleur brusque dans la région de la vésicule et d'une température de 38°5. La vésicule ouverte le 20 juin 1902, à ma clinique, était du volume d'une poire et contenait un liquide verdâtre, mélangé de pus, et un calcul gros comme une noisette. Les suites de la cholécystostomie furent bonnes, mais la fistule donna de plus en plus de bile, de sorte qu'après cinq mois l'opérée se portait bien, mais perdait 1/2 litre de bile par jour et en était constamment souillée.

Quand j'intervins à nouveau, le 15 novembre, je pensai à un calcul du cholédoque, obstruant en partie ce canal. En l'explorant je ne parvins pas à y sentir de calcul et j'hésitai entre l'ablation de la vésicule et son abouchement dans l'intestin. Craignant de m'être trop hâté et de n'avoir pas assez exploré la région de l'ampoule de Vater, je choisis la cholécystoduodénostomie, qui fut assez facile. En somme la malade guérit vite, mais j'ignorai la cause de ses grandes pertes de bile.

OBSERVATION IV (Fournier d'Amiens, *loco citato*).

Cholécystentérostomie pour fistule biliaire.

Chez la seconde malade, âgée de quarante-cinq ans, il n'en fut pas tout à fait de même. Elle avait la fièvre depuis huit jours et souffrait de vives douleurs dans tout le côté droit du ventre. Quand je l'opérai en décembre 1903, le diagnostic avait hésité entre l'appendicite et la cholécystite, et de fait l'appendice fut enlevée du milieu des adhérences qui l'englobaient. Il était voisin d'une grosse vésicule pleine de pus. Il n'y avait de calculs ni dans cette vésicule ni dans les canaux

biliaires ; le gros foie faisait penser à de l'angiocholite : la cystotomie assura le drainage. L'état général assez médiocre à ce moment fut vite remonté. La malade engraisa malgré les $\frac{3}{4}$ de litre de bile qu'elle perdait chaque jour. Quand je la revis six mois après, elle me demandait de fermer cette fistule : la bile souillait ses pansements et ses vêtements, il en coulait par terre quand elle vaquait à ses occupations journalières.

Le 6 juin 1904 je l'opérai donc et me mis en mesure de chercher s'il n'y avait pas réellement de pierre dans le cholédoque. L'examen minutieux du pédicule hépatique, des portions sus et rétro-duodénales du cholédoque ne me révéla aucune sensation de corps étranger. Mais il y avait partout des adhérences molles et faciles à rompre. Je remarquai surtout que les viscères *étaient tous ptosés*. La malade avait eu plusieurs grossesses et son ventre tombait. Les rapports entre eux de l'estomac, du duodénum et du côlon transverse n'étaient plus normaux : l'estomac et le côlon étaient abaissés, le duodénum dévié à droite et trop mobile ayant une sorte de méso dans ses deux premières portions. Dans ces conditions, le cholédoque facile à sentir pouvait être dévié et je pensai que ses changements de situation pouvaient expliquer la difficulté du passage de la bile, qu'il pouvait se couder dans certaines positions et partant être moins perméable.

Je diminuai la vésicule de longueur après l'avoir facilement détachée du foie et l'amenai au contact du duodénum très mobile. La cholécystentérostomie fut effectuée. Les suites furent excellentes et j'ai revu dans ces derniers temps la malade qui est en bonne santé et a encore engraisé. Elle ne paraît pas faire d'infection ascendante. Son état est normal.

Cholédoco-entérostomies.

OBSERVATION I

(Riedel (1892. *In* Quénu. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 15 novembre 1905.)

*Cholécystostomie pour lithiasé biliaire. — Fistule biliaire. —
Cholédoco-entérostomie. — Mort.*

« Il s'agissait d'une malade à laquelle on avait d'abord fait une cholécystotomie pour lithiasé biliaire. La fistule biliaire persistant, Riedel ouvrit le ventre sur la ligne médiane et chercha, mais vainement, à s'orienter au milieu des adhérences qui unissaient les intestins, le foie et la vésicule biliaire. Il ajouta alors une incision perpendiculaire à l'extrémité inférieure de la première, parvint à libérer la vésicule biliaire et le cholédoque qui était aussi épais que le petit doigt et énormément distendu. Mais il ne put y sentir aucun calcul, en explorant avec le doigt derrière le duodénum, on crut reconnaître une saillie grosse comme un petit pois, mais relativement molle. Alors devant cette consistance, le chirurgien hésita et se demanda s'il n'y avait pas un rétrécissement cicatriciel au niveau de la papille de Vater ou peut être une coudure de ce canal en ce point ou un calcul.

« On incisa le cholédoque et l'on fit le cathétérisme : la sonde glissa jusqu'à la papille et ne perçut rien (Riedel ne dit pas de quel cathéter il se servit) ; c'est alors que Riedel pensa à suturer l'ouverture latérale qu'il avait faite au cholédoque avec

le duodénum et il fit cette opération. La malade succomba rapidement à de la péritonite, les sutures ayant lâché.

« A l'autopsie, on découvrit un calcul gros comme un petit pois dans la partie papillaire du cholédoque. »

OBSERVATION II

(Mayo Robson, *in* Quénu, *loco citato*.)

*Pancréatite chronique. — Cholédoque dilaté. — Cholécytite.
Cholécysectomie. — Cholédoco-duodénostomie.*

Femme âgée de vingt-huit ans, a subi une opération dans laquelle on a placé un drain dans le cholédoque dilaté ; elle perd chaque jour par ce drain de 20 à 30 onces de bile (600 à 900 grammes) ; aucune bile ne passe dans l'intestin. Du tube placé dans la vésicule il s'écoule de 4 à 6 onces de mucus clair. La malade est maigre et faible ; elle ne digère qu'un peu de lait. Ni albumine, ni sucre. Présence dans l'urine de cristaux pancréatiques qui se dissolvent en trois quarts de minute ; les fèces contiennent des matières grasses et des fibres musculaires : la bile contient beaucoup de bacilles (bacille entérique, de Gartner). Opération le 8 octobre 1903.

On trouve la tête du paneréas élargie, aucune concrétion n'est sentie dans le conduit commun, la vésicule biliaire est complètement excisée, le canal cystique lié ; alors le canal commun est mis en connexion avec le duodénum par le moyen d'une bobine d'os décalcifié et la plaie suturée.

Le soir même, la malade se sent faim pour la première fois depuis qu'elle est malade ; ceci apparemment dépendant de ce

que la bile et le suc pancréatique entrent dans l'intestin ; elle se nourrit, regagne des forces et son teint redevient normal : elle fait une convalescence tellement rapide qu'elle retourne chez elle moins d'un mois après, ayant gagné 7 livres.

OBSERVATION III

(Brin, d'Angers, *in* Quénu, *loc. cit.*)

Fistule biliaire. — Cholédo-entérostomie

Il s'agit d'une dame de cinquante-huit ans, cholélithiasique depuis de longues années (dix-huit ans), ayant rendu à plusieurs reprises des calculs par les selles, en proie à des coliques hépatiques assez fréquentes, généralement suivies d'ictère, et traitée plusieurs années de suite à Vichy. Les ictères étaient généralement passagers. Cependant il y a une dizaine d'années, un ictère persista dix-sept mois, puis cessa spontanément.

Au mois de septembre 1902, les douleurs hépatiques devinrent plus vives, au point de faire accepter par la malade une intervention chirurgicale. Le Dr Moreau qui en fut chargé trouva une petite vésicule ratatinée, ne contenant pas de calculs et très peu de bile. Le drain placé dans sa cavité ne donnant rien fut supprimé rapidement. Une certaine amélioration suivit cette intervention, mais en mars 1904 les douleurs repa-
rurent plus aiguës et l'ictère s'installa pour ne plus disparaître ; en même temps, la fièvre fit son apparition, le thermomètre montant chaque jour à 38°5 et 39 degrés ; frissons fréquents, prurit intolérable. L'état général s'altère. A ce moment on sent sous le foie une masse considérable, dure, douloureuse, semblant

faire corps avec le foie lui-même ; on songe à un cancer secondaire chez une lithiasique ; l'ictère très prononcé, foncé, la coloration acajou des urines, la décoloration complète des matières fécales accusent l'oblitération complète des voies biliaires.

Le 10 décembre 1904, M. Moreau fit pour la deuxième fois une laparotomie et pénétra par la même incision dans une sorte de cavité cloisonnée, située derrière la paroi abdominale et renfermant un peu de bile ; il ne put savoir par où la bile pénétrait dans cette cavité. Trouvant devant lui des masses indurées et craignant de blesser l'intestin, il se borna à drainer cette cavité. Les jours qui suivirent, la bile s'écoula en abondance et l'induration disparut au bout de trois semaines ; la fièvre, l'ictère avaient cessé et l'état général s'était remonté.

M. Brin se demande quelle était la cavité renfermant de la bile : ce ne pouvait être la vésicule atrophiée, ce ne pouvait être qu'une cavité creusée par la bile entre les organes adhérents.

La fistule biliaire continuant de donner abondamment et aucune trace de bile n'apparaissant dans l'intestin, M. Moreau se décida à une troisième intervention qu'il confia à M. Brin.

Le 10 mars 1905, M. Brin pratiqua une laparotomie médiane : soulevant le lobe gauche du foie, il trouva l'estomac libre, la première portion du duodénum un peu mobile, mais la seconde portion adhérente dans toute sa longueur à la paroi abdominale antérieure. Renonçant à la libérer, M. Brin se mit à la recherche du cholédoque, au-dessus de la première portion du duodénum ; pour cela, traversant l'hiatus de Winslow oblitéré, il effondra le petit épiploon, espérant y pénétrer de dedans en dehors, mais ce fut en vain.

Alors réduit à palper la zone du cholédoque d'une manière

moins directe, il sent au-dessus du duodénum une sorte de rénitence en forme de boudin : il suppose que c'est le cholédoque distendu et il y enfonce le moyen trocart de Potain. Rien ne venant à l'aspiration, il retire le trocart ; il s'écoule alors une goutte de bile ; deux pinces de Kocher soulevant les tissus de chaque côté de la ponction, celle-ci est transformée en incision transversale de 10 à 12 millimètres, dont les lèvres supérieure et inférieure sont repérées. De la bile s'écoule en masse. M. Brin explore le canal en y introduisant en haut une pince qui pénètre jusque sous le foie, ce qui indique une réelle dilatation du canal ; en bas la pince disparaît derrière le duodénum, M. Brin estime à 3 centimètres le diamètre du cholédoque.

M. Brin pense que le canal doit être obstrué à son extrémité inférieure. Quelle est la cause de cette obstruction ? Le diagnostic reste incertain. Le pancréas paraît plus gros, mais de consistance uniforme. S'agit-il d'un calcul du cholédoque ? Les voies d'accès seraient impraticables.

S'agit-il d'une pancréatite ou d'un rétrécissement du cholédoque ? Il serait logique de tenter une duodénotomie ; mais, dit M. Brin, la seconde portion du duodénum est tellement adhérente à la paroi abdominale qu'il ne reste qu'un peu de sa face latérale gauche qui soit abordable ; aussi se décide-t-il pour l'abouchement du cholédoque dans l'intestin.

Après le placement d'une pince sur la région du pylore, une incision parallèle au bord supérieur de la première portion du duodénum est faite sur la face antérieure de celui-ci et tout près de ce bord supérieur.

Le péritoine passe directement du cholédoque sur le duodé-

num en arrière, de sorte qu'on pourrait à ce niveau se dispenser de points de suture ; par excès de prudence, M. Brin en place quelques-uns au fil de lin, puis non sans difficultés des sutures totales : les difficultés proviennent de la friabilité du cholédoque.

Le plan séro-séreux antérieur est relativement aisé à réaliser. Puis un drain entouré de gaze stérilisée est placé au contact de l'anastomose, sous le foie.

Une sonde à demeure est placée dans la vésicule biliaire.

Durée totale de l'opération : une heure quarante.

Malgré la longueur de l'opération et l'état de faiblesse de l'opérée, les suites furent simples ; la température n'a pas dépassé 37°5 et la vieille fistule s'est oblitérée dès que la sonde a été enlevée : la suture paraît avoir été étanche d'emblée. Le 14 mars, soit le cinquième jour, les matières étaient un peu colorées. Le 15, elles l'étaient entièrement et n'ont cessé de l'être depuis.

L'opérée a quitté la maison de santé le 9 avril en excellent état ; le teint est redevenu clair et tous les accidents dus à la rétention biliaire ont disparu : notable engraissement. De récentes nouvelles (novembre 1905) indiquent que l'état de santé est demeuré parfait.

Cystico-Gastrostomie

(Peugniez et Jullien, d'Amiens. Inédite).

Hépatite aiguë. — Cholécystostomie. — Fistule biliaire. — Cholécystectomie. — Persistance de la fistule. — Autoplastie péritonéale puis cystico-gastrostomie.

G... Julienne, vingt-huit ans, giletière.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une rupture d'anévrisme. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux. — Un frère en bonne santé.

Antécédent spersonnels. — Réglée à dix-sept ans ; menstruation douloureuse au début ; depuis tout à fait normale.

Le début des accidents qui l'amènent à l'hôpital remonte à deux mois. A la fin d'août 1905, elle fut prise d'une douleur très vive dans toute la région du flanc droit. La douleur s'atténua quelque peu, mais sans jamais disparaître totalement. L'état général faiblit, l'appétit diminua ; de temps en temps il se reproduisait des recrudescences dans l'état de la maladie : à ces moments, la douleur était plus exquise, le facies plus grippé, la température montait. C'est à l'occasion d'une de ces recrudescences que la malade demanda son admission à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, où elle entra dans le service de clinique chirurgicale (Pr Peugniez).

A ce moment c'est une femme chétive que nous voyons, pâle, semblant sous le poids d'une grande souffrance. L'altération de ses traits, le bistre qui cerne ses yeux, la fréquence et la difficulté de la respiration, la faiblesse d'un poulx misérable qui bat 150 pulsations à la minute indiquent un état général fortement compromis. Des vomissements sont survenus, témoins d'une réaction péritonéale intense. Il y a eu en même temps exacerbation des douleurs du côté droit. Depuis l'insomnie est continue, les souffrances fort vives ne laissent aucun répit à la malade (8 novembre 1905).

L'examen de la région affectée est difficile. La palpation au premier jour de l'entrée à l'hôpital est impossible, à cause de la défense musculaire. La température n'est pas en rapport avec le poulx, 37° 5.

Le lendemain, il y a amélioration notable ; la malade répond mieux aux questions qu'on lui pose. Le ventre plus docile permet de recueillir de précieux renseignements pour le diagnostic.

La partie gauche de l'abdomen est absolument souple et indolore ; toute la scène pathologique se passe à droite.

Le toucher vaginal et le palper bimanuel ne donnent que des signes négatifs ; utérus mobile de volume normal, culs-de-sacs libres, donc pas de lésion génitale.

Nous rejetons également l'idée d'une infection urinaire : lithiase, pyélonéphrite ; les urines sont claires, abondantes, sans aucun dépôt purulent ; elles ne contiennent ni albumine, ni sucre. La palpation lombaire n'est nullement douloureuse.

Il était beaucoup plus délicat de différencier une infection d'origine appendiculaire d'une infection hépatique ou biliaire. Le diagnostic d'appendicite fut même porté par un chirurgien rompu aux difficultés de la clinique ; nous l'écartons pourtant volontiers ; le maximum de douleurs se trouvait à la partie la plus élevée de l'abdomen, dans l'étage supérieur et il y avait toujours une défense musculaire invincible dans la région de la vésicule biliaire où l'on sentait une sorte d'empâtement diffus, mal limité.

La malade est soumise à la diète hydrique complète ; la glace *intus* et *extra* calme les douleurs. Sous l'influence de cette médication expectative, le calme renaît au sein de cet organisme débilité, mais pas pour longtemps. Quelques jours plus tard, les douleurs reparaissent entourées du même cortège morbide.

Une intervention chirurgicale est vite proposée : le drainage des voies biliaires. Elle est exécutée le 18 novembre 1905.

Incision des parois abdominales en dehors du muscle droit du côté droit sur une longueur de 10 centimètres. Le péritoine incisé, le bord inférieur du foie apparaît, la glande hépatique est manifestement congestionnée, hypertrophiée en masse. La vésicule biliaire est dilatée : elle dépasse de quelques centimètres le bord antéro-inférieur du foie. Elle est rapidement fafilée à la paroi abdominale. Quand sa cavité est ouverte, on suture sa muqueuse à la peau. La bile s'écoule librement à l'extérieur : c'est une bile épaisse, s'échappant difficilement. L'examen bactériologique a été incomplet. Pansement à la gaze stérile.

Les suites de cette intervention furent des meilleures. Sous l'influence de ce drainage salulaire, la malade renaît à la vie et à la joie. Elle ne souffre plus que de l'issue de la bile à l'extérieur. C'est que l'écoulement est très abondant ; il nécessite le changement des compresses au moins deux fois par jour. Un jour pourtant la bile ne s'écoula pas ; pour une raison inconnue, il y eut rétention biliaire ; ce jour-là la température monta à 39 degrés, le pouls devint fréquent, l'état général mauvais. Et tout cela disparut avec le rétablissement du drainage.

Après son opération, la malade ne tarda pas à être soumise au régime de l'hôpital ; elle se distingua même par un excès d'appétit qui menaçait de se changer en indigestions répétées. Pourtant, après une période d'amélioration, pendant laquelle elle reprenait du poids et de la santé, elle se mit à maigrir un peu et à perdre les couleurs rosées qu'elle avait recouvrées. On établit un rapport de cause à effet entre la fistule biliaire qui donnait tant de bile et les phénomènes observés et on se proposa de fermer la fistule créée volontairement, maintenant qu'elle ne servait plus à rien.

Le 4 février 1906, la malade est chloroformisée à nouveau. Incision double en ellipse circonscrivant la fistule. Le trajet fistuleux est repéré sur une sonde semi-rigide : il est ainsi disséqué. La vésicule apparaît aussi bientôt : elle est libérée jusqu'à son abouchement dans le cystique. Un gros fil est jeté sur ce canal et le cholécyste enlevé totalement. Drainage et occlusion de la cavité péritonéale.

Le flot de la bile suffit-il à vaincre la résistance du fil ou le catgut employé fut-il trop tôt résorbé avant qu'un travail inflammatoire ait oblitéré complètement les voies biliaires, toujours est-il que quelques jours plus tard le pansement se trouva comme auparavant inondé de bile. On continue les pansements quotidiens : on tente timidement quelques cautérisations du trajet sans grand enthousiasme. Puis le 12 mars, le trajet fistuleux est de nouveau repéré : une collerette péritonéale est adossée sur la solution de continuité biliaire et suturée avec de la soie : peine inutile, la bile souillait encore les compresses et venait sourdre à la paroi abdominale antérieure.

L'échec de toutes ces interventions semblait trouver un vice dans ce genre d'intervention qui se proposait de détruire la fistule par exclusion du trajet fistuleux ; pourtant la bile passait en partie dans l'intestin : la coloration et la consistance des fèces étaient tout à fait normales ; dans ces conditions, la cholécystectomie semblait l'opération idéale. Il n'en fut rien et il fallut recourir à l'entérostomie biliaire.

On attend la cicatrisation de la plaie opératoire qui est complète le 21 mars 1906 : on procède à la nouvelle intervention ce jour-là.

La dissection du trajet biliaire est plus difficile que dans les opérations précédentes : même repéré sur une sonde urétrale

le trajet est péniblement disséqué et libéré des parties voisines. Quand ce travail de libération est effectué, on fait une incision verticale sur l'estomac répondant au trajet du diamètre biliaire. On choisit cette portion du tube digestif parce que dans cet abdomen cloisonné par des adhérences anciennes il semblait que c'était sur l'estomac que les sutures tiendraient le mieux et sentiraient le moins de tiraillements sur la bouche anastomotique. Un drain de caoutchouc réunit les deux orifices biliaire et gastrique, bien plus long du côté de l'estomac que du côté du cystique pour qu'il tombe de lui-même dans la cavité digestive et une double rangée de sutures accole les deux conduits en contact. Après drainage sérieux, la cavité abdominale est refermée.

Les choses se sont passées à merveille. Le drain tombait au bout de quelques jours ; il était expulsé avec les selles. La bile ne devait plus paraître à l'extérieur. La malade quittait l'Hôtel-Dieu d'Amiens le 14 avril 1906, ne portant plus au niveau de sa cicatrice qu'un petit point qui suppurait. Cette suppuration était elle-même tarie au bout de trois ou quatre pansements bi-hebdomadaires.

La digestion n'avait pas eu à souffrir de cet apport de la bile dans l'estomac ; au lieu de cette chétive malade qui était entrée à l'hôpital, c'était une femme au teint rosé, respirant la santé, qui en sortait. La guérison ne s'est pas démentie depuis (25 mai 1906).

CONCLUSIONS

I. — Les fistules biliaires sont spontanées ou traumatiques. Leur persistance est due :

1° A l'infection de la bile :

2° A un obstacle siégeant sur le cholédoque.

a) Extrinsèque : compression extérieure :

b) Intrinsèque : tumeur des voies biliaires, courbures et inflexions ;

c) Cavitaire : calculs biliaires.

II. — La fistule biliaire est constituée par l'issue de la bile par un orifice cutané. Le diagnostic doit se demander :

a) Si la fistule est permanente ;

b) Si toute la bile est excrétée par la fistule ;

c) Quel est le siège de la fistule.

III. — Différents traitements peuvent être préconisés contre les fistules :

1° Supprimer l'obstacle qui s'oppose au cours de la bile et rétablir la circulation biliaire dans ses voies naturelles ;

2° Tourner cet obstacle en créant pour la bile une nouvelle voie d'accès à l'intestin.

Le cathétérisme des voies biliaires, la cholédoco-

tomie essayent de supprimer l'obstacle. Les difficultés que l'on rencontre au cours de ces opérations en restreignent les indications.

La cholécystectomie ne peut être dirigée que contre des fistules partielles siégeant sur le canal cystique ou le cholécyste.

L'entérostomie biliaire tourne l'obstacle en déversant la bile dans le tube digestif par une nouvelle voie ; elle transforme ainsi une fistule externe en fistule interne.

Ses avantages sont :

- a) Qu'elle est moins dangereuse ;
- b) Qu'elle guérit presque toujours ;
- c) Qu'elle s'applique à la plupart des cas de fistule biliaire.

Vu : le Président de la thèse :

TERRIER

Vu le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BEAUDOUIN (Marcel). — Des opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires (1897).
- BRIN (d'Angers). — Cholédoco-entérostomie pour lithiase biliaire. Rapport Quénu (Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie, novembre 1905).
- CANNAC. — De la cholécystentérostomie. Thèse, Paris, 1897.
- CHAPUT. — Société de Chirurgie, 29 janvier 1896.
- DASTRE. — Recherche sur la bile. Action de la bile sur la digestion gastrique (Archives de Physiologie, 5^e série. Tome II, page 316, Paris, 1890).
- DELAGÉNIÈRE (H.). — De la cholécystentérostomie. Thèse, Paris, 1890.
- DELBET (Pierre). — Sur un cas de cholécystentérostomie (Société de Chirurgie. Rapport Chaput, 29 janvier 1896).
- Bullet. et Mémoires de la Société de Chirurgie, janvier 1906.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie. Article « Foie ».
- FAURE (J.-L.). — Congrès de Chirurgie, 22 octobre 1897, page 421.
- FOURNIER (d'Amiens). — Cholécystentérostomie pour fistules biliaires persistantes (Congrès de Chirurgie, 1904).

- FRANCESCO (O. de). — A propos d'une cholécysto-gastrostomie
(Gazetta degli ospedali et delle Cliniche. n° 33,
18 mars 1906).
- GUIBÉ (M.). — Précis de technique opératoire. Chirurgie de
l'abdomen.
- KEHR. — OEuvres diverses sur la lithiase biliaire.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opé-
ratoire, tome VIII, article J.-L. Faure, « Foie et
Voies biliaires ».
- LOISELET. — De la cholécystentérostomie. Thèse, Paris, 1899.
- MARCACCI. — Azione della Bile sulla digestione gastrica. Peru-
gia, 1887.
- MAYO-ROBSON. — 10 Congrès de Rome 1897. 2° Rapport
Quénu. Société de Chirurgie 1905.
- MURPHY. — Congrès de Chirurgie 1894. Revue de Chirurgie,
1894, page 425.
- PATURET. — De la cholécystentérostomie. Thèse, Paris, 1893.
- PEUGNIEZ. — Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.
Chirurgie des voies biliaires (Gazette Médicale de
Picardie, février 1900).
- POIRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie humaine, tome IV.
Article Charpy et Soulié.
- QUÉNU. — Cholédoco-entérostomie pour lithiase biliaire (Bull.
et Mém: de la Société de Chirurgie, 1905).
- SCHWARTZ (E.). — Chirurgie du foie (1903).
- SOULIGOUX. — Presse médicale, 1896, page 346.
- TERRIER et DALLY. — Du cathétérisme des voies biliaires (Revue
de Chirurgie, 1891, page 648).
- TERRIER. — Remarques sur deux cas : l'un de cholécystoduo-
- Béhurel

dénostomie, l'autre de cholécysto-gastrostomie (Revue de Chirurgie, mars 1896).

TERRIER et **AUVRAY**. — Chirurgie du foie et des voies biliaires. Paris, 1901.

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine, tome IV.

TESTUT et **JACOB**. — Traité d'anatomie topographique, tome II.

WICKHOFF (**MAX**) et **ANGELBERGER**. — Observ. de cholécysto-gastrostomie (Wiener. Klini. Woch., n° 18, page 325, 1893) rapportée par F. Terrier. Revue de Chirurgie, 1896.

FORMERIE

(CHEF-LIEU DE CANTON DU DÉPARTEMENT DE L'OISE)

MÉSOGRAPIE

ÉTAT SANITAIRE. CONSIDÉRATIONS MÉDICALES

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Doyen honoraire..... M. BROUARDEL.
Professeurs honoraires.. MM. BROUARDEL, DUPLAY,
 FARABEUF, FOURNIER,
 GUYON, JACCOUD.

Professeurs.....		MM.
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie.....		SEGOND.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		N.
Pathologie comparée et expérimentale.....		DEJERINE.
		ROGER.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
		GAUCHER.
		JOFFROY.
		RAYMOND.
		LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
		DE LAPERSONNE.
		N.
		PINARD.
		BUDIN.
		POZZI.
		KIRMISSON.
		A. ROBIN

Agrévés en exercice.			
MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, Chef des
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	travaux anatomiques.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
DEMLIN.	LANGLOIS	MORESTIN.	WALLICH.

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.